

DEMANDE DE PROPHYLAXIE DE L'INFECTION PAR LE VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL SYNAGIS® – FORMULAIRE B – INDICATIONS NON PRÉAPPROUVÉES

Les indications «autres» seront évaluées par un médecin spécialiste en maladies infectieuses pédiatriques dont Héma-Québec a retenu les services. Veuillez préciser l'indication thérapeutique pour votre patient et fournir des informations suffisamment détaillées pour permettre l'évaluation par les médecins experts. Au besoin, veuillez communiquer avec :

Dr François Boucher, Pédiatre infectiologue, Centre hospitalier de l'Université Laval 418 525-4444 poste 48169 ou 418 654-2777
Dr Marc Lebel, Pédiatre infectiologue, CHU Ste-Justine 514 345-4931 poste 5566 ou 514 345-4788

A. Information sur le patient N° de réf. du patient : _____ Date de la demande : ____ / ____ / ____
Jour / Mois / Année

Initiales du patient : _____ Jumeaux Triplés Quadruplés
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : Féminin Masculin Poids actuel : _____ g
Jour / Mois / Année
Nombre total de flacons requis : Immédiatement : _____ 50 mg Pour la saison : _____ 50 mg
_____ 100 mg _____ 100 mg

Note: Comme indiqué dans la monographie du produit, la dose recommandée est de 15 mg/kg de poids corporel, une fois par mois de novembre 2016 à mars 2017 (de décembre 2016 à avril 2017 pour le Nunavik). Un maximum de 5 doses doit être administré par saison, la dernière dose ne devant pas être administrée au-delà du mois de mars (mois d'avril pour les bébés du Nunavik admissibles).

B. Information sur le médecin

Nom de famille : _____ Prénom : _____
Nom de l'établissement : _____ Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone/Clinique : _____ Poste _____ Télécopieur : _____
Téléphone/Hôpital : _____ Poste _____ Télécopieur : _____
Courriel : _____ Formulaire rempli par (nom) : _____
Type de pratique : Hospitalière CLSC Bureau privé Autre, précisez : _____
Spécialité : Omni-Méd. Fam. Néonatalogie Pédiatrie Cardiologie
 Infectiologie Pneumologie Chirurgie cardiaque
Autre : _____
Précisez la spécialité

Adresse d'expédition de la **première dose** (si différente de l'adresse indiquée à la section B) :

Adresse d'expédition des **doses subséquentes** (si connue) :

C. Informations supplémentaires du médecin traitant

Diagnostic (veuillez fournir des informations détaillées) : _____

D. Opinion du médecin expert

Approuvé Diagnostic : _____ Refusé

Commentaires : _____

Pour les demandes de SYNAGIS®, veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli par télécopieur à la Corporation AbbVie au 1 888 703-6967.