

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. INFORMATIONS SUR LE PATIENT		
N° de référence du patient :	Date de la demande : <div style="text-align: right;">JJ/MM/AAAA</div>	
Initiales du patient :	<input type="checkbox"/> Jumeaux	<input type="checkbox"/> Triplés
Date de naissance : <div style="text-align: right;">JJ/MM/AAAA</div>	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Poids actuel : _____ g
Nombre total de flacons requis :	<u>Immédiatement</u> : _____ X 50 mg _____ X 100 mg	<u>Pour la saison</u> : _____ X 50 mg _____ X 100 mg
<p><u>Note</u>: Tel qu'indiqué dans la monographie du produit, la dose recommandée est de 15 mg/kg de poids corporel, une fois par mois pendant la période où l'on prévoit un risque de contraction d'une infection par le VRS. Un maximum de 5 doses doit être administré par saison, la dernière dose ne devant pas être administrée au-delà du mois de mars ou le mois de mai pour les bébés du Nunavik admissibles.</p>		

B. INFORMATIONS SUR LE MÉDECIN		
Nom de famille :	Prénom :	
Nom établissement :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Téléphone clinique :	Poste :	Télécopieur :
Téléphone Hôpital :	Poste :	Télécopieur :
Courriel :	Formulaire rempli par (nom) :	
Type de pratique : <input type="checkbox"/> Hospitalière <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Bureau privé <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		
Spécialité : <input type="checkbox"/> Omni-Méd. Fam. <input type="checkbox"/> Néonatalogie <input type="checkbox"/> Pédiatrie <input type="checkbox"/> Cardiologie <input type="checkbox"/> Infectiologie <input type="checkbox"/> Pneumologie <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		

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

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**