

Veuillez envoyer le formulaire rempli par télécopieur au **506-867-4872** ou au **1-888-455-8322**.

Les formulaires incomplets seront renvoyés au demandeur afin qu'il fournisse les renseignements manquants.

Si aucune adresse postale ni aucun numéro de télécopieur n'est fourni, nous ne serons pas en mesure d'envoyer une réponse.



Section 1 – Renseignements sur le demandeur

Prénom	
Nom de famille	
Adresse postale (rue, ville, province, code postal)	
Téléphone	Télécopieur

Section 2 – Renseignements sur le patient

Prénom										
Nom de famille										
N° d'assurance-maladie (essentiel pour traiter la demande)	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)										

Section 3 – Médicament demandé

Sélectionnez un des choix suivants : <input type="checkbox"/> 300 mcg de filgrastim SC par jour <input type="checkbox"/> 480 mcg de filgrastim SC par jour <input type="checkbox"/> Filgrastim (précisez la dose) : _____ <input type="checkbox"/> 6 mg de pegfilgrastim SC par cycle	Nombre de cycles requis : _____ Nombre de doses par cycle : _____ OU Durée prévue du traitement : _____
---	--

Section 4 – Indication

Comme appui à la chimiothérapie (filgrastim ou pegfilgrastim) La chimiothérapie est-elle administrée avec une visée curative? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Indication (veuillez en choisir une) : <input type="checkbox"/> Risque élevé de neutropénie fébrile due à un traitement de chimiothérapie, à des comorbidités ou à une neutropénie grave préexistante <input type="checkbox"/> Neutropénie fébrile, septicémie neutropénique ou neutropénie profonde dans un cycle de chimiothérapie antérieur <input type="checkbox"/> Réduction de la dose de chimiothérapie ou délai de traitement supérieur à une semaine en raison de la neutropénie <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____
Pour des indications bénignes (filgrastim seulement) Indication (veuillez en choisir une) : <input type="checkbox"/> Pour augmenter le nombre de neutrophiles et réduire l'incidence et la durée de l'infection chez les patients atteints de neutropénie congénitale, idiopathique ou cyclique <input type="checkbox"/> Pour la prévention et le traitement de la neutropénie chez les patients présentant une infection au VIH <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____
Comme soutien à la greffe de cellules souches (filgrastim seulement) Indication (veuillez en choisir une) : <input type="checkbox"/> Pour la mobilisation des cellules progénitrices du sang périphérique aux fins d'une greffe de cellules souches <input type="checkbox"/> Pour favoriser la prise de greffe suivant une greffe de cellules souches

Section 5 – Signature du demandeur

Signature	Numéro de permis ou d'immatriculation	Date (JJ/MM/AAAA)
-----------	---------------------------------------	-------------------

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments sur ordonnance et médicaments onéreux* ou de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance*. Ils seront utilisés et divulgués aux fins de l'administration des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick (Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et Régime médicaments du Nouveau-Brunswick). Ils peuvent être utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*.