

Bulletin n° 1109

Le 24 juillet 2023

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 24 juillet 2023.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Faricimab (Vabysmo)	fiole à usage unique de 6 mg / 0,05 mL	02527618	HLR	(SA)	PCF

### **Œdème maculaire diabétique**

Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique chez les patients qui répondent aux critères suivants :

- Œdème maculaire diabétique atteignant le centre de la macula et important du point de vue clinique pour lequel la photocoagulation par laser est également indiquée
- Épaisseur rétinienne centrale de 250 micromètres ou plus

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux fioles (une fiolle par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'une fiolle par œil tous les 4 semaines.
- Période d'approbation : 1 an. Une confirmation de la réponse continue est requise.

### **Forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge**

Pour le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Critères d'arrêt du traitement :

- Réduction de la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) dans l'œil traité de 15 lettres ou plus lors de deux visites consécutives, attribuable à la DMLA en l'absence d'une autre maladie, ou
- Réduction de la MAVC dans l'œil traité de 30 lettres ou plus par rapport à la mesure de référence et/ou au meilleur résultat enregistré, ou
- Signe de détérioration de la morphologie de la lésion malgré un traitement optimal lors de trois visites consécutives.

#### Note clinique :

- La MAVC doit être fournie avec la demande initiale et avec les demandes de renouvellement subséquentes.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux fioles (une fiolle par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'une fiolle par œil tous les 4 semaines pour 16 semaines, suivi de 1 fiolle par œil toutes les 8 semaines par la suite.
- Période d'approbation : 1 an.

Phénylbutyrate sodique /  
Ursodoxicoltaurine  
(Albrioza)

poudre pour suspension à  
3 g / 1 g

02527707

ALY

(SA)

PCF

Pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) certaine chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- capacité vitale forcée (CVF) égale ou supérieure à 60 % de la valeur théorique;
- présence de symptômes de la SLA depuis 18 mois ou moins;
- une ventilation permanente non effractive ou effractive n'est pas requise.

Critères d'arrêt du traitement :

- Le patient a besoin de ventilation permanente non effractive ou effractive; ou
- Le patient devient non-ambulatoire et est incapable de couper sa nourriture et de se nourrir sans aide, indépendamment du fait qu'une gastrostomie soit en place.

Note clinique :

- La CVF doit être fournie avec la demande initiale.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin expérimenté dans le diagnostic et la gestion de la SLA.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Critère révisé</b> Ceftolozane /Tazobactam (Zerbaxa)	fiole de 1 g / 0,5 g	02446901	FRS	W (SA)	PCF

Pour le traitement des patients atteints d'un *Pseudomonas aeruginosa* multirésistant aux médicaments, lorsqu'aucune autre option thérapeutique n'est possible.

Note pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un spécialiste en maladies infectieuses ou un médecin microbiologiste.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

**Nouvelle indication**

Ondansétron  
(Zofran et marques  
génériques)

comprimé de 4 mg  
comprimé de 8 mg  
injection de 2 mg/mL  
comprimé à dissolution orale  
de 4 mg  
comprimé à dissolution orale  
de 8 mg  
solution orale de 4 mg / 5 mL

Voir formulaire des Régimes de  
médicaments du N.-B. ou la liste  
des PAM pour les produits

W (SA)

(SA)

PAM

Pour la gestion des nausées et des vomissements chez les patients qui reçoivent des soins palliatifs.

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Éculizumab (Soliris)	solution parentérale de 10 mg /mL	02322285	ALX	Pour le traitement de patients adultes atteints de myasthénie grave généralisée.
Éculizumab (Soliris)	solution parentérale de 10 mg /mL	02322285	ALX	Pour le traitement de la maladie du spectre de la neuromyéélite optique chez les patients adultes.
Pitolisant (Wakix)	comprimé de 5 mg comprimé de 20 mg	02516241 02516268	EDO	Pour le traitement de la somnolence diurne excessive ou de la cataplexie chez des patients adultes atteints de narcolepsie.