

**DEMANDE DE PROPHYLAXIE DE L'INFECTION PAR LE VIRUS  
RESPIRATOIRE SYNCYTIAL  
SYNAGIS – FORMULAIRE A – INDICATION PRÉAPPROUVÉES**

Seuls les bébés nés après le  
1<sup>er</sup> novembre 2017 sont  
éligibles au Synagis

*Veillez remplir le formulaire B pour les indications non préapprouvées*

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>A. INFORMATIONS SUR LE PATIENT</b>  |   |  |
| N° de référence du patient :   | Date de la demande :<br>JJ/MM/AAAA  |  |
| Initiales du patient :   | <input type="checkbox"/> Jumeaux  | <input type="checkbox"/> Triplés <input type="checkbox"/> Quadruplés |
| Date de naissance :<br>JJ/MM/AAAA  | Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin | Poids actuel : _____ g   |
| Nombre total de flacons<br>requis :  | <u>Immédiatement</u> : _____ 50 mg<br>_____ 100 mg                        | <u>Pour la saison</u> : _____ 50 mg<br>_____ 100 mg                  |
| <b>Note:</b> La dose recommandée est de 15 mg/kg de poids corporel, une fois par mois de novembre 2019 à mars 2020 (de janvier 2020 à mai 2020 pour le Nunavik). Habituellement un maximum de 5 doses doit être administré par saison, mais, un avis d'extension de la saison pourrait être émis le cas échéant. |   |  |

|  |                               |               |
|--|-------------------------------|---------------|
| <b>B. INFORMATIONS SUR LE MÉDECIN</b>  |                               |               |
| 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<br><input type="checkbox"/> Pneumologie <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |                               |               |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>C. INDICATION DE L'UTILISATION</b> |   |
| <input type="checkbox"/>              | Bébés nés à < 33 semaines de grossesse et âgés de < 6 mois au moment du début de la saison du VRS.<br><b>Âge gestationnel :</b> <input type="checkbox"/> ≤ 28 semaines <input type="checkbox"/> De 29 à 32 6/7 semaines   |
| <input type="checkbox"/>              | Bébés nés à terme ou près du terme, âgés de < 24 mois au moment du début de la saison du VRS, atteints d'une maladie pulmonaire chronique du nouveau-né, définie par un besoin d'oxygénothérapie à la naissance qui a persisté en raison d'une atteinte pulmonaire chronique autre que celles désignées dans les autres critères ET<br>qui ont eu un besoin d'oxygénothérapie persistant dans les 6 mois qui précèdent le début de la saison du VRS ou qui en ont besoin pendant la saison du VRS; <b>Âge gestationnel à la naissance :</b> _____ |

**DEMANDE DE PROPHYLAXIE DE L'INFECTION PAR LE VIRUS  
RESPIRATOIRE SYNCYTIAL  
SYNAGIS – FORMULAIRE A – INDICATION PRÉAPPROUVÉES**

*Seuls les bébés nés après le  
1<sup>er</sup> novembre 2017 sont  
éligibles au Synagis*

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Bébés prématurés, âgés de < 24 mois au moment du début de la saison du VRS, atteints de dysplasie bronchopulmonaire, définie par un besoin d'oxygénothérapie peu après la naissance et qui persiste jusqu'à au moins 28 jours de vie et jusqu'à un âge gestationnel d'au moins 36 semaines, et ce, en présence d'antécédents caractéristiques de la maladie<br>ET<br>qui ont eu un besoin d'oxygénothérapie persistant dans les 6 mois qui précèdent le début de la saison du VRS ou qui en ont besoin pendant la saison du VRS; |
| <input type="checkbox"/> Enfants âgés de < 24 mois au moment du début de la saison du VRS, atteints de fibrose kystique et qui présentent des symptômes respiratoires ou un retard staturo-pondéral significatifs;  |
| <input type="checkbox"/> Enfants âgés de < 24 mois au moment du début de la saison du VRS, dont l'évacuation des sécrétions des voies aériennes est entravée de façon importante en raison d'un trouble neuromusculaire;<br><b>Précisez le diagnostic :</b> _____   |
| <input type="checkbox"/> Enfants âgés de < 24 mois au moment du début de la saison du VRS dont l'évacuation des sécrétions des voies aériennes est entravée de façon importante, en raison d'anomalie congénitale des voies aériennes supérieures;<br><b>Précisez le diagnostic :</b> _____   |
| <input type="checkbox"/> Enfants âgés de < 12 mois, au moment du début de la saison du VRS, atteints de cardiopathie congénitale, de cardiomyopathie ou de myocardite qui entraîne des conséquences hémodynamiques cliniquement significatives ou souffrant d'hypertension artérielle pulmonaire modérée ou grave (la demande doit être soumise par un cardiologue pédiatrique pour garantir la justesse du diagnostic);  |
| <input type="checkbox"/> Enfants âgés de < 24 mois au moment du début de la saison du VRS, ayant subi une greffe de moelle osseuse, de cellules souches ou d'organe solide (cœur, foie ou poumon) dans les 6 mois qui précèdent la saison du VRS ou pendant la saison du VRS;   |
| <input type="checkbox"/> Enfants nés à ≤ 36 semaines de grossesse et âgés de < 6 mois au moment du début de la saison du VRS ou nés pendant celle-ci, résidant au Nunavik;<br><b>Âge gestationnel à la naissance :</b> _____  |
| <input type="checkbox"/> Enfants nés à terme, âgés de < 3 mois au moment du début de la saison du VRS ou nés pendant celle-ci, résidant au Nunavik.   |

|   |   |
|---|---|
| Adresse d'expédition de la <b>première dose</b><br>(si différente de l'adresse indiquée à la section B) : | Adresse d'expédition des <b>doses subséquentes</b><br>(si connue) : |
| <br><br><br><br>  | <br><br><br><br>  |

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