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: 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.

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. ☐ Néonatologie ☐ 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.