

**PROGRAMME D'ACCÈS SPÉCIAL  
SUIVI DES DEMANDES POUR UTILISATION ULTÉRIEURE**

**Après chaque utilisation, les Banques de sang sont responsables de faire parvenir ce formulaire par télécopieur à :**

**HÉMA-QUÉBEC - Direction des produits stables - Fax : (514) 832-0267**

On doit utiliser le présent formulaire afin de maintenir des dossiers sur les patients et la distribution des médicaments qui seront utiles pour appuyer une demande d'utilisation ultérieure.

SECTION A: INFORMATION SUR LE PRATICIEN ET LE MÉDICAMENT		
Nom du praticien :		
Tél.:	Fax:	
Hôpital ou établissement:		
Adresse:		
Ville:	Prov.:	Code postal:
Personne-ressource:		Tél.:
<b>Médicament:</b>	<b>Nom du fabricant:</b>	

SECTION B: INFORMATION SUR LE PATIENT						
Initiales du patient <i>(Prénom, nom)</i>	Date de naissance <i>(JJ/MM/AAAA)</i>	Sexe	Indications thérapeutiques	Quantité reçue <i>(Nbre fioles)</i>	Quantité administrée <i>(Nbre fioles)</i>	Date de réception <i>(JJ/MM/AAAA)</i>
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F				
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F				
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F				
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F				
<b>Informations supplémentaires :</b>						

SECTION C: CONSENTEMENT DU PRATICIEN		
À titre de praticien, j'ai accès à ce médicament non commercialisé à des fins d'utilisation pour le traitement d'urgence d'un patient à ma charge en vertu du Règlement sur les aliments et drogues (C.08.010).		
À titre de praticien, je suis conscient qu'en obtenant l'accès à ce médicament par l'intermédiaire du PAS (demande préapprouvée), la vente du médicament devient, par conséquent, exempte de tous les aspects du <i>Règlement sur les aliments et drogues</i> , y compris ceux qui concernent la sécurité, l'efficacité et la qualité.		
À titre de praticien, j'accepte de fournir un rapport sur les résultats de l'utilisation du médicament, y compris l'information sur les effets indésirables, ainsi que de rendre compte, sur demande, de la quantité de médicament reçue.		
<b>Signature du praticien :</b>	<b>Date :</b>	<b>No de permis :</b>