

À l'usage des Services correctionnels uniquement.

Les formulaires de demande **doivent être remplis et conservés avec l'ordonnance** à la pharmacie.

Veuillez ne pas envoyer le formulaire rempli par télécopieur aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Les pharmacies doivent soumettre les demandes de règlement par voie électronique et inclure le code d'intervention de l'APhC qui correspond au critère clinique ci-dessous.

Section 1 – Renseignements sur le/la demandeur(euse)

Prénom	
Nom de famille	
Établissement correctionnel provincial (sélectionnez un choix)	
<input type="checkbox"/> Centre correctionnel régional de Dalhousie <input type="checkbox"/> Centre correctionnel régional de Madawaska <input type="checkbox"/> Centre correctionnel de Femmes du N.-B. <input type="checkbox"/> Centre correctionnel régional de Saint John <input type="checkbox"/> Centre correctionnel régional du Sud-Est	
Téléphone	Télécopieur

Section 2 – Renseignements sur le/la patient(e)

Prénom																			
Nom de famille																			
N° d'identification du Système d'information sur la clientèle																			
<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> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
Numéro d'assurance-maladie (le cas échéant)																			
<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)																			

Section 3 – Médicament demandé

Nom du médicament <input checked="" type="checkbox"/> nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid)	Dose et schéma posologique (maximum 5 jours)
--	---

Section 4 – Renseignements thérapeutiques

Résultat positif au dépistage de la COVID-19 et les symptômes ont commencé au cours des 5 derniers jours;
OU
 Une ordonnance a été rédigée pour une utilisation ultérieure. Le patient n'exécutera l'ordonnance **que s'il** a reçu un résultat positif au dépistage de la COVID-19 et que les symptômes ont commencé au cours des 5 derniers jours;
ET est âgé de 18 ans ou plus et répond à l'un des critères cliniques suivants (en choisir un) :

Critères cliniques	Code d'intervention
Immunosuppression sévère liée à une ou plusieurs des situations suivantes : <input type="checkbox"/> Greffe d'un organe solide <input type="checkbox"/> Traitement en cours pour une affection hématologique maligne <input type="checkbox"/> Greffe de moelle osseuse, greffe de cellules souches ou utilisation d'immunosuppresseurs à la suite d'une greffe <input type="checkbox"/> Traitement anti-CD20 ou traitement entraînant une déplétion en lymphocytes B (comme le rituximab) au cours des deux dernières années <input type="checkbox"/> Immunodéficiences primaires sévères <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____	UT
Immunosuppression modérée liée à une ou plusieurs des situations suivantes : <input type="checkbox"/> Traitement contre le cancer en cours, y compris en cas de tumeurs solides <input type="checkbox"/> Traitement par des médicaments causant une immunosuppression importante (p. ex., médicament biologique au cours des trois derniers mois, médicament immunosuppresseur oral au cours du dernier mois, glucocorticoïde oral [20 mg par jour d'équivalent prednisone pris de façon continue] au cours du dernier mois, ou perfusion ou injection d'un médicament immunosuppresseur au cours des trois derniers mois). <input type="checkbox"/> Infection au VIH avancée <input type="checkbox"/> Immunodéficiences primaires modérées <input type="checkbox"/> Affections rénales (c.-à-d., hémodialyse, dialyse péritonéale, glomérulonéphrite traitée par un glucocorticoïde, taux de filtration glomérulaire estimé [eGFR] inférieur à 15 mL/min/1,73 m ²) <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____	VE

Section 5 - Signature du demandeur

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