

Bulletin n° 743

Le 9 février 2009

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 9 février 2009.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux services assurés habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse : www.gnb.ca/0051/0212/index-e.asp

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Amiodarone							
Co	Oral	100 mg	pms-Amiodarone	2292173	PMS	AEFGVW	PAR
Atazanavir							
Cap	Oral	300 mg	Reyataz [®]	2294176	BRI	U	PAR
Hydrochlorothiazide							
Co	Oral	12,5 mg	pms- Hydrochlorothiazide	2274086	PMS	AEFGVW	PAR
Paroxétine							
Co	Oral	40 mg	pms-Paroxétine	2293749	PMS	AEFGVW	PAR
Pantoprazole Mg							
Tab	Orl	40 mg	Tecta [™] * (auparavant Pantoloc M)	2267233	NYC	AEFGVW	PAM \$1,20

*La couverture de Tecta[™] aux doses supérieures à 40 mg par jour exige une autorisation spéciale (voir le formulaire du PMONB pour les critères visant les IPP. Une quantité limite semestrielle de 200 comprimés à été établie.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Duloxétine – pour la DNDP
(*Cymbalta*[™])
Capsules de 30 mg et 60 mg

Indiqué pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques des patients diabétiques chez qui un traitement avec au moins deux autres solutions moins coûteuses utilisées pour le traitement de la douleur neuropathique a échoué (p. ex. antidépresseurs tricycliques ou anticonvulsivants). La dose maximale recommandée est de 60 mg par jour.

Étravirine
(*Intelence*[™])
Comprimés de 100 mg

Indiqué pour le traitement des patients infectés par le VIH-1 (bénéficiaires du plan U) qui ont reçu un traitement antirétroviral et subi un échec virologique en raison de souches de VIH-1 qui résistent à plusieurs agents antirétroviraux, y compris d'autres inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse.

Chlorhydrate de zipradisone
(*Zeldox*[™])
Capsules de 20 mg, 40 mg, 60 mg et 80 mg

Indiqué pour les soins actifs et le traitement d'entretien de la schizophrénie et des troubles schizo-affectifs.

Il est recommandé d'obtenir les conseils d'un psychiatre avant de débiter la thérapie. Les ordonnances rédigées par les psychiatres du Nouveau-Brunswick *ne requièrent pas* d'autorisation spéciale. Les renouvellements prescrits n'exigeront pas d'autorisation spéciale.

RÉVISION DES MÉDICAMENTS ASSURÉS – CRITÈRES D'AUTORISATION SPÉCIALE

Olanzapine

(Zyprexa[®] Zydys[®])

Comprimés à dissolution rapide de 5 mg, 10 mg et 15 mg

Date effective :

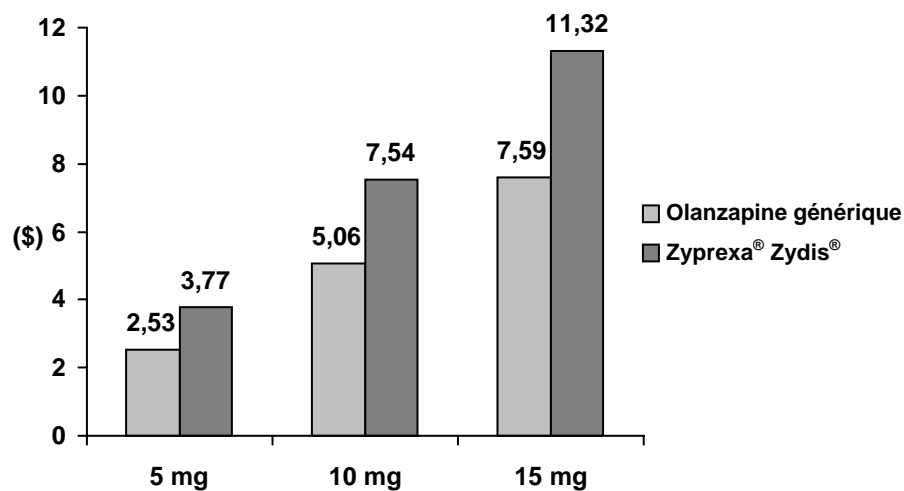
Le 19 février, 2009

Les ordonnances pour du Zyprexa[®] Zydys[®] rédigées par tous les médecins requerront une autorisation spéciale. Les patients qui reçoivent actuellement du Zyprexa[®] Zydys[®] seront automatiquement approuvés pour une autorisation spéciale à long terme. Les critères d'autorisation spéciale sont les suivants :

Pour les patients qui respectent les critères d'autorisation spéciale pour l'olanzapine orale à libération régulière et qui ont des difficultés à avaler.

Il est recommandé d'obtenir les conseils d'un psychiatre avant de débiter la thérapie.

Coûts de l'olanzapine (PMONB)



Pour le coût du traitement de deux patients avec Zyprexa[®] Zydys[®], trois patients pourraient être traités avec de l'olanzapine générique.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu qu'ils n'offraient pas d'avantages thérapeutiques ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

Duloxetine – pour le trouble dépressif majeur (Cymbalta[™]) Capsules de 30 mg et 60 mg

Infliximab – pour l'arthrite psoriasique (Remicade[®]) Format injectable de 100 mg

Rivastigmine (Timbre cutané Exelon[®]) Timbres cutanés de 4,6 mg en 24 h et de 9,5 mg en 24 h

Bulletin n° 745

Le 4 mars, 2009

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeable ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et des produits ne figurant pas sur la liste assujettis au prix admissible maximal (PAM).

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 14 avril 2009 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 15 avril 2009.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpd@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Apr 14/09 Apr 15/09

Azithromycin							
Azithromycine							
Pws	Orl	100mg/5mL	Novo-Azithromycin	2315157	NOP	ABEFGVW	MAP
Pds.		200mg/5mL	Novo-Azithromycin	2315165	NOP	ABEFGVW	MAP
Ciprofloxacin							
Ciprofloxacine							
Liq	Orl	2mg/mL	Ciprofloxacin IV	2267462	NOP	W	AAC 0.1198
Liq							
Citalopram							
Tab	Orl	10mg	Novo-Citalopram	2312336	NOP	AEFGVW	AAC 0.4464
Co.			pms-Citalopram	2270609	PMS		
Desogestrel/Ethinyl Estradiol							
Désogestrel/Éthinylestradiol							
Tab	Orl	0.15mg/0.03mg	Marvelon 21	2042487	ORG	EFGV	AAC 0.4376
Co.			Apri 21	2317192	APX		
		0.15mg/0.03mg	Marvelon 28	2042479	ORG	EFGV	AAC 0.3282
			Apri 28	2317206	APX		
Diclofenac Sodium							
Diclofénac sodique							
ECT	Orl	25mg	pms-Diclofenac	2302616	PMS	AEFGVW	MAP
Co. Ent.			(new formulation)				
		50mg	pms-Diclofenac	2302624	PMS	AEFGVW	MAP
			(new formulation)				
Granisetron Hydrochloride							
Granisétron (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	1mg	Apo-Granisetron	2308894	APX	AEFGVW	AAC 13.5000
Co.							
Nifedipine							
Nifédipine							
ERT	Orl	60mg	Gen-Nifedipine XL	2321149	GPM	AEFGVW	AAC 1.2512
Co.L.P.							
Ondansetron Hydrochloride Dihydrate							
Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d')							
Tab	Orl	4mg	Jamp-Ondansetron	2313685	JPC	W & Spec. Auth.	MAP
Co.			Ran-Ondansetron	2312247	RAN		
		8mg	Jamp-Ondansetron	2313693	JPC	W & Spec. Auth.	MAP
			Ran-Ondansetron	2312255	RAN		

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Apr 14/09 Apr 15/09

Oxycodone Hydrochloride
Oxycodone (chlorhydrate d')

Tab	Orl	5mg	pms-Oxycodone IR	2319977	PMS	W & Spec. Auth.	AAC	0.1776
Co.		10mg	pms-Oxycodone IR	2319985	PMS	W & Spec. Auth.	MAP	
		20mg	pms-Oxycodone IR	2319993	PMS	W & Spec. Auth.	MAP	

Ramipril

Cap	Orl	1.25mg	Ran-Ramipril	2310503	RAN	AEFGVW	MAP
Caps			Ramipril	2299372	RIV		
		2.5mg	Ran-Ramipril	2310511	RAN	AEFGVW	MAP
		5mg	Ran-Ramipril	2310538	RAN	AEFGVW	MAP
		10mg	Ran-Ramipril	2310546	RAN	AEFGVW	MAP

Bulletin n° 746

16 mars 2009

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 16 mars 2009.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux services assurés habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Médicaments examinés, non inscrits**
- **Médicaments retirés de la liste**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpd@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Losartan/hydrochlorothiazide Co Oral 100/12,5 mg	Hyzaar®	2297841	FRS	AEFGVW	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Buprénorphine/naloxone
(*Suboxone^{MC}*)
2 mg/0,5 mg et 8 mg/2 mg
en comprimés sublinguaux

Pour le traitement de la dépendance aux opioïdes chez des patients pour lesquels la méthadone est contre-indiquée (p. ex. patients à haut risque de ou présentant d'un allongement de l'intervalle QT ou une hypersensibilité à la méthadone).

Les demandes de médecins du Nouveau-Brunswick autorisés à prescrire de la méthadone seront examinées.

Époétine alpha
(*Eprex[®]*)
Seringues préremplies de
20 000 U.I./0,5 mL

- Traitement de l'anémie associée à une insuffisance rénale chronique. Nota : L'époétine est administrée aux patients qui reçoivent des traitements de dialyse (néphropathie en phase terminale) par l'entremise de dialyseurs.
- Traitement de l'anémie transfusodépendante liée au traitement par la zidovudine chez les patients infectés par le VIH.
- Traitement de patients transfusodépendantes porteurs d'hémopathie maligne et qui ont besoin de transfusions ≥ 2 unités de culot globulaire par mois pendant trois mois.
 - Approbation initiale pour 12 semaines
 - L'approbation pour d'autres périodes de 12 semaines sera accordée si la réponse clinique est satisfaisante ou si le nombre d'unités de culot globulaire requis est réduit à moins de 2 par mois.

Lévodopa/carbidopa/entacapone
(*Stalevo^{MC}*)
Comprimés de
50/12,5/200 mg,
100/25/200 mg,
150/37,5/200 mg

Indiqué pour le traitement de patients atteints de la maladie de Parkinson

- qui sont actuellement traités par lévodopa/carbidopa à libération immédiate et entacapone ; OU
- qui sont mal stabilisés et connaissent d'importants symptômes de perte d'efficacité malgré l'utilisation d'une thérapie optimale à l'aide de la lévodopa/décarboxylase.

Maraviroc
(*Celsentri^{MC}*)
Comprimés de 150 mg et
de 300 mg

Indiqué pour le traitement des patients infectés par le VIH-1 (bénéficiaires du plan U) atteints de virus à tropisme CCR5 qui ont montré une résistance documentée à au moins un agent de chacune des trois classes principales d'antiviraux (c.-à-d. inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse et inhibiteurs de protéase).

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPECIALES POUR LE PSORIASIS EN PLAQUES

Adalimumab

(Humira®)

Injection de
40 mg/0,8 mL

Etanercept

(Enbrel®)

Seringues préremplies
de 50 mg

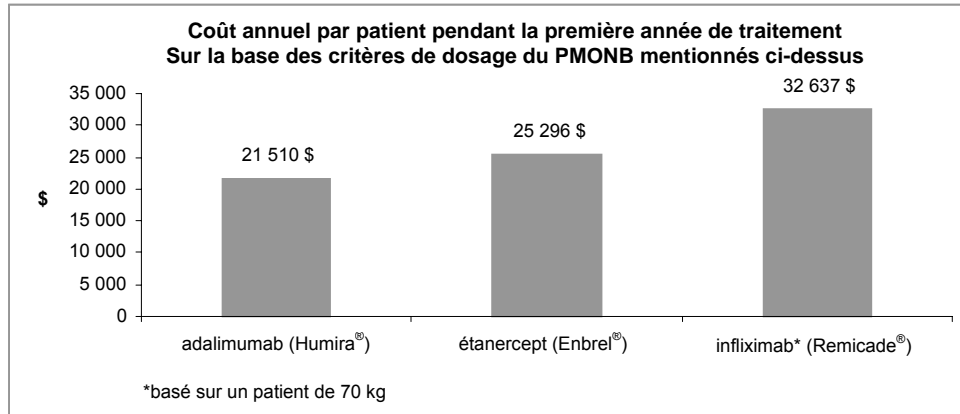
Infliximab

(Remicade®)

Format injectable de
100 mg

*Se reporter à la partie
sur les médicaments
retirés de la liste pour
des renseignements sur
l'efalizumab (Raptiva®).*

- Les demandes seront considérées pour le traitement des patients atteints de psoriasis en plaques chronique débilant d'intensité grave qui répondent à tous les critères suivants :
 - surface corporelle atteinte supérieure à 10 % ou le psoriasis couvre une partie importante du visage, des mains, des pieds ou des organes génitaux ;
 - absence de réponse, contre-indications ou intolérance à la méthotrexate et à la cyclosporine ;
 - absence de réponse ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès.
- Approbation de départ limitée à 16 semaines (pour l'adalimumab) et à 12 semaines (pour l'étanercept ou pour l'infliximab).
- La poursuite du traitement au-delà de 16 semaines (pour l'adalimumab) et de 12 semaines (pour l'étanercept ou pour l'infliximab) dépendra de la réponse. Les patients qui ne répondent pas de façon adaptée à ces échéances verront leur traitement interrompu et il sera recommandé de ne pas poursuivre de thérapie avec le même agent.
- Une réponse adaptée est définie comme :
 - une réduction d'au moins 75 % de l'indice d'étendue et de gravité du psoriasis (PASI pour Psoriasis Areas Severity Index) par rapport au début du traitement (PASI 75) ;
 - une réduction d'au moins 50 % du score PASI (PASI 50) avec une amélioration d'au moins 5 points de l'indice dermatologique de qualité de vie (DLQI pour Dermatology Life Quality Index) par rapport au début du traitement ;
 - une réduction quantitative de la surface corporelle concernée en prenant en compte l'aspect qualitatif de zones spécifiques comme le visage, les mains, les pieds ou les organes génitaux.
- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation simultanée de plus d'un produit biologique ne sera pas approuvée.
- L'approbation est limitée aux doses suivantes :
 - une dose d'adalimumab de 80 mg administrée en une fois, suivie d'une dose de 40 mg après une semaine, puis de 40 mg toutes les deux semaines, pendant un maximum d'un an (si l'objectif de réponse au traitement est atteint après 16 semaines) ;
 - une dose d'étanercept de 50 mg deux fois par semaine pendant une phase de départ de 12 semaines, puis de 50 mg par semaine, pendant un maximum d'un an (si l'objectif de réponse au traitement est atteint après 12 semaines) ;
 - une dose d'infliximab de 5 mg/kg administrée au début du traitement, après 2 semaines et après 6 semaines, puis toutes les 8 semaines pendant un maximum d'un an (si l'objectif de réponse au traitement est atteint après 12 semaines).



AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Dornase alpha recombinate
(*Pulmozyme*®)
Solution de 1 mg/mL

Traitement pour les patients atteints de fibrose kystique (Plan B) avec un $VEMS_1 < 70\%$, chez qui l'on prévoit une diminution cliniquement significative du $VEMS_1$ et qui ne répondent pas au traitement habituel.

Fentanyl
(*Duragesic*® et produits génériques)
Timbres transdermiques de 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h et 100 mcg/h

Indiqué dans le traitement de la douleur maligne ou de la douleur bénigne chronique chez les patients adultes :

- qui étaient précédemment traités par administration continue d'opioïdes (c.-à-d. qui ont déjà pris des opioïdes) ; OU
- qui sont incapables de prendre un traitement par voie orale.

Risipéridone
(*Risperdal*® *Consta*®)
Injection à libération prolongée de 25, 37,5 et 50 mg

Indiqué pour le traitement des patients atteints de schizophrénie :

- qui ont des difficultés avec l'observance d'un antipsychotique oral ; OU
- qui sont actuellement traités par un agent antipsychotique typique à injection retard et qui subissent des effets secondaires importants (effets extra pyramidaux ou dyskinésie tardive) ou chez qui le traitement n'est pas efficace.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu qu'ils n'offraient pas d'avantages thérapeutiques ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

Ciclésotide (*Omnaris*^{MC}) Vaporisateur nasal de 50 mcg

Daptomycine (*Cubicin*®) Flacons de 500 mg/10 mL

MÉDICAMENTS RETIRÉS DE LA LISTE

Éfalizumab
(*Raptiva*[®])
Flacons de 150 mg

Sur la recommandation de Santé Canada, EMD Serono Canada Inc. a interrompu la commercialisation de Raptiva[®] au Canada en raison de préoccupations sur l'innocuité du produit, notamment concernant la leucoencéphalopathie multifocale progressive (LMP).

Pour de plus amples détails, consultez :

http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/2009/raptiva_2_hpc-cps-fra.php

Afin de laisser suffisamment de temps pour que les patients existants passent à d'autres traitements, la couverture assurée aux bénéficiaires du PMONB traités actuellement par éfalizumab (Raptiva[®]) peut être poursuivie pendant six mois après la date de retrait de la liste. Les médecins prescripteurs doivent revoir le traitement des patients qui prennent actuellement ce médicament afin d'évaluer les options les plus appropriées dans les plus brefs délais.

Bulletin n° 748

25 mars 2009

Examen des limites quantitatives Mise à jour des politiques et procédures

Un examen des limites quantitatives du PMONB a récemment eu lieu. L'objectif de l'initiative des limites quantitatives a été mis à jour pour une meilleure uniformité avec les initiatives définies dans le Plan provincial de la santé. L'objectif révisé est le suivant :

- Promouvoir l'utilisation appropriée des médicaments qui peuvent entraîner une dépendance, des abus, une mauvaise utilisation ou un détournement.

À la lumière de cet objectif révisé, les limites quantitatives s'appliqueront uniquement aux produits définis comme narcotiques, médicaments contrôlés, benzodiazépines et autres substances ciblées. Les limites quantitatives maximales ont été modifiées pour différents agents au sein des groupes des benzodiazépines et des autres substances ciblées pour refléter les indications supplémentaires autres que celles de l'insomnie.

Les limites quantitatives s'appliquent aux bénéficiaires des régimes suivants :

- Régime A : personnes âgées ;
- Régime F + 18 : clients du développement social âgés de plus de 18 ans ;
- Régime F + 18 : clients du développement social en établissement résidentiels agréés âgés de plus de 18 ans ;
- Régime V : résidents en foyer de soins

Ce bulletin contient des renseignements pour les médecins et les pharmaciens, des procédures d'ajustement des limites quantitatives, ainsi qu'une liste exhaustive de médicaments et leur limite quantitative en milligrammes correspondante.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Renseignements à l'intention des pharmaciens :

- Lorsque 75 p. 100 ou plus de la quantité maximale d'un médicament donné a été délivré aux bénéficiaires, les pharmacies seront informées par l'intermédiaire du système de point de vente.
- Les pharmaciens doivent indiquer aux bénéficiaires qu'ils ont atteint ou dépassé 75 p. 100 de la quantité autorisée et que le PMONB ne prendra pas en charge les médicaments prescrits au-delà de cette limite (à moins que cette dernière ne soit relevée ou supprimée).
- Une fois qu'un bénéficiaire a dépassé sa quantité maximale pour un médicament, toutes les demandes de remboursement ultérieures peuvent être refusées.
- Si seulement une partie de la demande de remboursement dépasse la limite, le coût des ingrédients, la majoration correspondante et les frais d'honoraires de la partie en-dessous de la limite seront remboursés. Le reste de la demande sera refusé.

Renseignements à l'intention des médecins :

- Les médecins demandant un dépassement des limites quantitatives pour les patients ont trois options :
 - par l'intermédiaire du système de réponse vocale interactive (RVI) de 8 h à 12 h, 7 jours sur 7 (il faut disposer d'un numéro d'identificateur du prescripteur PMONB et d'un mot de passe pour les limites quantitatives) ;
 - en s'adressant à un représentant du service à la clientèle, du lundi au vendredi de 8 h à 17 h, à l'exception des jours fériés ;
 - en envoyant par télécopie une lettre contenant des directives précises.
- Les médecins ne disposant pas d'un numéro d'identificateur du prescripteur PMONB et d'un mot de passe pour les limites quantitatives (par exemple les médecins exerçant à l'extérieur du Nouveau-Brunswick) peuvent modifier ou dépasser les limites quantitatives pour leurs patients en appelant un représentant du service à la clientèle (1-506-867-4515) ou en envoyant par télécopie une lettre contenant des directives précises (1-506-867-4872).
- Les nouveaux médecins du Nouveau-Brunswick inscrits auprès de l'assurance-maladie de la province peuvent demander un numéro d'identificateur du prescripteur PMONB et un mot de passe pour les limites quantitatives en appelant un représentant du service à la clientèle (1-800-332-3691).
- Les médecins peuvent demander l'exclusion d'un patient atteint de cancer ou sous soins palliatifs du programme des limites quantitatives pour une période indéfinie en appelant un représentant du service à la clientèle (1-800-332-3691) et en indiquant le statut du patient.

Procédures d'ajustement des limites quantitatives par l'intermédiaire du système de réponse vocale interactive (RVI) :

Les médecins doivent appeler le service de renseignements gratuit qui leur est réservé pour le PMONB (1-800-561-5255). Un opérateur du RVI répondra à l'appel. À ce stade, vous devrez fournir les renseignements suivants :

1. votre numéro de médecin PMONB ;
2. votre mot de passe PMONB.

Votre numéro de médecin et votre mot de passe seront validés avant de poursuivre la procédure. Si vous souhaitez vous adresser à un représentant du service à la clientèle plutôt que de poursuivre votre appel par l'intermédiaire du système RVI, vous pouvez à tout moment appuyer sur la touche « * » de votre téléphone. Vous devrez fournir à nouveau votre numéro de médecin et votre mot de passe au représentant, car ces renseignements ne lui sont pas transmis lorsqu'ils sont entrés dans le système RVI.

Votre mot de passe doit absolument rester confidentiel et vous ne devez pas l'égarer. Si vous n'êtes pas en mesure de fournir les deux numéros d'identification ou que vous ne réussissez pas la vérification de sécurité, le système ou l'opérateur ne passera pas à l'étape suivante. Si les numéros réussissent la vérification de sécurité, les renseignements suivants vous seront demandés :

- Le patient est-il une personne âgée ou un adhérent du développement social ?
- Quel est le numéro d'identificateur PMONB du patient ?
- À quel groupement appartient le médicament ?
- Sur quelle quantité souhaitez-vous définir le dépassement ?
- Quelle est la période pendant laquelle vous souhaitez que la nouvelle limite quantitative soit en vigueur ? (Exemples : un mois, jusqu'à la fin de la période de la limite actuelle)

Lorsque vous définissez une limite quantitative révisée, indiquez la quantité TOTALE de la nouvelle limite (c.-à-d. limite établie + augmentation demandée) plutôt que d'indiquer uniquement l'augmentation demandée. L'objectif est d'assurer que la limite est définie sur la quantité souhaitée par le médecin.

Le représentant du service à la clientèle ou le système RVI enregistrera l'information dans l'ordinateur et la limite sera immédiatement ajustée. Cela signifie que si le patient se rend à la pharmacie juste après que vous ayez ajusté la limite quantitative, la demande de remboursement sera traitée avec les nouveaux critères de limite.

Notez que seuls les médecins sont autorisés à dépasser les limites quantitatives. Les dépassements ne seront pas acceptés de la part des pharmaciens ou des bénéficiaires.

Liste des limites quantitatives du PMONB

Nom générique	Marque(s)	Forme(s) posologique(s)	Numéro du groupe	Limite quantitative sur 12 mois* (milligrammes)
<u>Produits à agent unique</u>				
Alprazolam	Xanax	Co	440	540
Bromazépam	Lectopam	Co	441	10 800
Chlordiazepoxide, chlorhydrate de	Librium	Cap	442	14 400
Clorazépate dipotassique	Tranxene	Cap	443	8 100
Codéine, phosphate de	Codéine	Co/Sir	384	3 360
Diazépam	Valium, Vivol	Co	444	14 400
Flurazépam, chlorhydrate de	Dalmane, Somnol	Co/Cap	445	1 800
Hydromorphone, chlorhydrate d'	Dilaudid, Hydromorph Contin	Co/Liq/Sup	385	480
Diphénoxylate, chlorhydrate de	Lomotil	Co	597	400
Lorazépam	Ativan	Co/Cos	447	2 160
Methylphenidate, chlorhydrate de	Ritalin, Ritalin SR	Co	435	18 200
Morphine, chlorhydrate de	M.O.S, M.O.S. SR	Co/Sir	388	5 040
Morphine, sulphate de	MS Contin, MS IR, Statex	Co/Clp/Sir/Gou	389	5 040
Nitrazépam	Mogadon, Nitrazadon	Co	448	600
Oxazépam	Serax	Co	449	43 200
Témazépam	Restoril	Cap	450	1 800
Triazolam	Halcion	Co	451	15
Zopiclone	Imovane, Rhovane	Co	457	2 700
<u>Produits combinés</u>				
Acétaminophène/Caféine/Codéine	Atasol-15 et 30, Exdol 30, Tylenol n° 2 et 3	Co	582	72 000 ^a
Acétaminophène/Codéine	Tylenol n° 4	Co	583	72 000 ^a
AAS/Caféine/Codéine	292	Co	579	30 000 ^b
Chlordiazepoxide, chlorure de/clidinium bromure de	Librax	Cap	555	14 400 ^c
Méprobamate/AAS/Caféine/Codéine	282 MEP	Co	586	24 000 ^d
Oxycodone/AAS	Endodan, Percodan	Co	589	39 000 ^b
Oxycodone/Acétaminophène	Endocet, Percocet, Percocet Demi	Co	588	39 000 ^a
Phénobarbital/Belladonne/Ergotamine	Bellergal Spacetabs	Clp	557	8 560 ^e

* Période de limite quantitative de 12 mois (du 1^{er} avril au 31 mars)

^a acétaminophène ; ^b AAS ; ^c chlordiazépoxyde ; ^d méprobamate ; ^e phénobarbital

Cap = capsule ; Gou = gouttes ; Liq = liquide ; Cos = comprimé sublingual ; Clp = comprimé à libération prolongée ; Sup = suppositoire ; Sir = sirop ; Co = comprimé

Nota : Les limites quantitatives ne se substituent pas à des prescriptions appropriées et au suivi du patient.

Bulletin n° 749

le 14 avril 2009

RAPPEL – QUANTITÉS DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Vous trouverez ci-dessous une liste des médicaments pour lesquels les quantités indiquées dans les demandes de règlement sont souvent incorrectes. La liste comprend également des nouveaux agents qui ont été ajoutés au Formulaire du PMONB. L'utilisation des unités de mesure précisées ci-dessous garantira un coût unitaire exact et une analyse adéquate des demandes.

Vous trouverez ci-joint une liste complète des quantités à indiquer dans les demandes de règlement pour toutes les préparations médicamenteuses, de même que des tableaux séparés pour les produits injectables et les exceptions (y compris les DIN). La liste est également accessible sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Médicament	UNITÉ DE MESURE
Adalimumab (Humira®)	par ml*
Daltéparine sodique (Fragmin®)	par ml*
Darbépoétine alfa (Aranesp®)	par ml*
Énoxaparine sodique (Lovenox® ; Lovenox® HP)	par ml*
Époétine alfa (Eprex®)	par ml*
Étanercept (Enbrel®), fiole	par trousse
Étanercept (Enbrel®), seringue préremplie	par ml*
Étidronate disodique + carbonate de calcium (Didrocal®)	par trousse
Filgrastim (Neupogen®)	par ml*
Imiquimod (Aldara®)	par paquet
Infliximab (Remicade®)	par fiole
Nadroparine calcique (Fraxiparin® Forte)	par ml*
Pegfilgrastim (Neulasta®)	par ml*
Tinzaparine sodique (Innohep®)	par ml*

*entrer les fractions de ml au besoin (p. ex. Aranesp – 1,2 ml ; Eprex – 0,5 ml ; Neulasta – 0,6 ml)

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691.

Si vous avez des questions n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NORMES SUR LES QUANTITÉS À INDIQUER DANS LES DEMANDES DE RÉGLEMENT

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Le tableau 1 ci-dessous indique les unités de mesure générales à utiliser dans les demandes de règlement présentées dans le cadre du PMONB.

TABLEAU 1

FORMULE ^a	UNITÉ DE MESURE
Aérosol	par dose
Aérosol-doseur	par dose
Capsule	par capsule
Comprimé	par comprimé
Contraceptif oral	par comprimé
Crème	par gramme
Emballage ou trousse avec plus d'un médicament	par emballage ou trousse
Gel	par gramme
Inhalateur à poudre sèche	par dose
Insuline	par ml
Lavement	par ml
Liquide	par ml
Liquide injectable	par ml
Nébule	par ml
Onguent	par gramme
Poudre	par gramme
Poudre injectable pour reconstitution	par fiole
Seringue préremplie	par ml
Suppositoire	par suppositoire
Timbre	par timbre
Vaporisateur nasal	par dose

^a Voir les tableaux 2 et 3 qui présentent les listes complètes des produits injectables et des exceptions.

TABLEAU 2

PRODUITS INJECTABLES	DIN	UNITÉ DE MESURE
Abatacept (Orencia ^{MC})	2282097	par fiole
Acétate de buséreléline (Suprefact [®] Depot)	2228955 2240749	par trousse
Acétate de desmopressine (DDAVP [®] , injectable)	873993	par ml
Acétate de glatiramère (Copaxone [®])	2245619	par ml
Acétate de goséreléline (Zoladex [®] ; Zoladex [®] LA)	2049325 2225905	par ml
Acétate de leuprolide (Eligard [®])	2248239 2248240 2248999 2268892	par trousse
Acétate de leuprolide (Lupron Depot [®])	2239833 836273 2230248	par fiole
Acétate de leuprolide (Lupron [®])	727695	par ml
Acétate de médroxyprogestérone (Depo-Provera [®])	30848 585092	par ml
Acétate d'octréotide (Sandostatin [®] LAR [®])	2239323 2239324 2239325	par fiole
Acétate d'octréotide (Sandostatin [®])	2248639 2248640 2248642 2248641 839191 839205 839213 2049392	par ml
Acide zolédronique (Aclasta [®])	2269198	par ml
Acyclovir sodique	2236926 2236916	par ml
Adalimumab (Humira [®])	2258595	par ml
Alglucosidase alfa (Myozyme [®])	2284863	par fiole
Amphotéricine B (Fungizone [®])	29149	par fiole
Ampicilline	1933345 872652	par fiole
Aurothiomalate sodique	1927612 1927620 1927604 2245456 2245457 2245458	par ml
Azithromycine (Zithromax ^{MC})	2239952	par fiole
Benzotropine mésylate	2238903	par ml
Bromhydrate d'hyoscine (bromhydrate de scopolamine)	541869 541877	par ml
Butylbromure d'hyoscine (Buscopan [®])	2229868 363839	par ml

Calcitonine de saumon synthétique (Calcimar [®] ; Caltine [®])	1926691 2007134	par ml
Céfazoline sodique	2308932 2308959 2108119 2108127	par fiole
Céfotaxime sodique (Claforan [®])	2225085 2225093 2225107	par fiole
Ceftazidime pentahydratée (Fortaz [®])	886971 886955 2212196 2212218 2212226	par fiole
Ceftriaxone disodique (Rocephin [®])	2292882 2292866 2292874 657409 657387 657417 2292289 2292270	par fiole
Céfuroxime sodique (Zinacef [®])	2241639 2241638 2213540 2213532	par fiole
Chlorhydrate de céfépime (Maxipime ^{MC})	2163632 2163640	par fiole
Chlorhydrate de métoclopramide	2185431	par ml
Chlorhydrate de pyridoxine	463469	par ml
Chlorhydrate de ranitidine (Zantac [®])	2212366	par ml
Chlorhydrate de vancomycine	2241820 2241821 2139375 2139383	par fiole
Chlorhydrate d'épinéphrine	155357	par ml
Chlorhydrate d'hydromorphone (Dilaudid [®] Poudre stérile)	2085895	par fiole
Chlorhydrate d'hydromorphone (Dilaudid [®] ; Dilaudid-HP [®] ; Dilaudid-HP-Plus [®] ; Dilaudid-XP [®])	627100 622133 2146118 2145863 2145901 2145928 2145936 2146126	par ml
Chlorhydrate d'ondansétron dihydraté (Zantac [®])	2213745 2265524 2265532	par ml
Ciprofloxacine (Cipro [®] I.V.)	2237334 2204398	par ml

Cloxacilline sodique	1912429 1975447 1912410	par fiole
Complexe fer-dextran (Dexlron ^{MC} ; Infufer [®])	2205963 2221780	par ml
Cyanocobalamine (vitamine B12)	521515 1987003	par ml
Cypionate de testostérone (Depo-Testostérone)	30783	par ml
Daltéparine sodique (Fragmin [®])	2132648 2231171	par ml
Darbépoétine alfa (Aranesp [®])	2246354 2246355 2246357 2246358 2246360	par ml
Décanoate de flupentixol (Fluanxol [®] Dépôt)	2156032 2156040 2242363 2242364	par ml
Décanoate de fluphénazine (Modecate [®] Concentré)	2239636 2242570 755575 2091275 2241928	par ml
Décanoate de nandrolone (Deca-Durabolin [®])	270687	par ml
Décanoate d'halopéridol	2239639 2239640 2242361 2242362 2130297 2130300	par ml
Diazépam	399728	par ml
Diménhydrinate (Gravol [®])	392537 13579	par ml
Énanthate de testostérone (Delatestryl [®])	29246	par ml
Énoxaparine sodique (Lovenox [®] ; Lovenox [®] HP)	2242692 2236564 2242692 2236883 2012472 2236564	par ml
Épinéphrine (EpiPen [®] ; EpiPen [®] Jr)	509558 578657	par trousse
Épinéphrine (Twinject ^{MC})	2268205 2247310	par trousse

Époétine alfa (Eprex®)	2206072 2243403 2231584 2231586 2231587 2231585 2231583 2243401 2240722	par ml
Époprosténol (Flolan®)	2230845 2230848	par fiole
Étanercept (Enbrel®), fiole	2242903	par trousse
Étanercept (Enbrel®), seringue préremplie	2274728	par ml
Filgrastim (Neupogen®)	1968017 999001	par ml
Fluconazole (Diflucan ^{MC})	891835 2247922 2247749	par ml
Furosémide	527033	par ml
Ganciclovir sodique (Cytovene®)	2162695	par fiole
Glucagon, ADNr (glucagon pour injection)	2243297	par trousse
Glycopyrrolate	2039508	par ml
Halopéridol	808652	par ml
Héparine sodique (Hepalean® ; Hepalean®-Lok)	740497 740578 727520 579718	par ml
Immunoglobuline sérique (Sandoglobulin® NF Liquide)	609099	par ml
Infliximab (Remicade®)	2244016	par fiole
Insuline aspart (NovoRapid®)	2244353 2245397	par ml
Insuline humaine biosynthétique/insulin humaine isophane biosynthétique (Humulin® 30/70 ; Novolin®ge 10/90 ; Novolin®ge 20/80 ; Novolin®ge 30/70 ; Novolin®ge 40/60 ; Novolin®ge 50/50)	795879 1959212 2024292 2024306 2024217 2025248 2024314 2024322	par ml
Insuline humaine isophane biosynthétique (Humulin®-N ; Novolin®ge NPH)	587737 1959239 2024225 2024268	par ml
Insuline humaine zinc biosynthétique (Humulin®-R ; Novolin®ge Toronto)	586714 1959220 2024233 2024284	par ml
Insuline lispro (Humalog®)	2229704 2229705	par ml

Interféron alfa-2b (Intron A [®])	2240693 2240694 2240695 2223406 2238674 2238675	par trousse
Interféron bêta-1a (Avonex [®] PS ; Rebif [®])	2269201 2237319 2237320	par ml
Interféron bêta-1a (Avonex [®])	2237770	quantité de 4 (par trousse)
Interféron bêta-1a (Betaseron [®])	2169649	par fiole
Interféron bêta-1a (Rebif [®]), trousse de départ	2281708	par paquet
Iséthionate de pentamidine	2183080	par fiole
Lorazépam	2243278	par ml
Maléate de méthotriméprazine (Nozinan [®] , Injectable)	1927698	par ml
Méropénem (Merrem [®])	2218488 2218496	par fiole
Mésylate de déféroxamine (Desferal [®])	2243450 1981250 2247022 1981242 2241600 2242055	par fiole
Mésylate de dihydroergotamine	27243 2241163	par ml
Méthotrexate sodique	2182947 2099705 2182955 2182777	par ml
Métronidazole	649074 870420	par ml
Midazolam	2240285 2240286	par ml
Monohydrate d'imipénem / cilastatine sodique (Primaxin [®])	717274 717282	par fiole
Moxifloxacine (Avelox [®] I.V.)	2246414	par ml
Nadroparine calcique (Fraxiparin [®] Forte)	2240114	par ml
Palmitate de pipotiazine (Piportil L4 [®])	1926675 1926667	par ml
Pamoate de triptoréline (Trelstar ^{MC})	2240000 2243856	par fiole
Pegfilgrastim (Neulasta [®])	2249790	par ml
Peginterféron alfa-2b + ribavirine (Pegasys [®] RBV)	2253410 2253429	par trousse

Peginterféron alfa-2b + ribavirine (Pegetron Redipen®)	2254573 2254603 2254646 2254581 2254638	par trousse
Peginterféron alfa-2b + ribavirine (Pegetron®)	2246026 2246027 2246028 2246029 2246030	par trousse
Pénicilline G sodique	1930672 883751 1930680	par fiole
Phénytoïne sodique	780626	par ml
Phosphate de clindamycine (Dalacin® C)	260436 2230535 2230540	par ml
Phosphate de codéine	544884	par ml
Phosphate disodique de dexaméthasone	1977547 664227	par ml
Pipéracilline sodique	2246640 2246641 2246642	par fiole
Rispéridone (Risperdal® Consta®)	2255707 2255723 2255758	par fiole
Rituximab (Rituxan®)	2241927	par ml
Sérum anti-allergique	999938	par ml
Somatropine (Humatrope®)	745626 2243077 2243078 2243079	par trousse
Somatropine (Nutropin AQ® ; Nutropin AQ Pen®)	2229722 2249002	par ml
Somatropine (Nutropin® ; Saizen)	2216183 2216191 2237971 2215136 2272083	par fiole
Succinate sodique de méthylprednisolone (Solu-Medrol ^{MC})	2063697 2063700 2063727	par fiole
Succinate sodique d'hydrocortisone (Solu-Cortef®)	30600	par fiole
Sulfate de morphine	676411 617288 850322 850330 392588 392561	par ml

Sulfate de tobramycine	2230640 2241210	par ml
Sulphate de gentamicine	2242652	par ml
Sumatriptan (Imitrex [®] , inj.)	2212188	par ml
Thyrotropine alfa (Thyrogen [®])	2246016	par fiole
Ticarcilline disodique (Timentin [®])	1916939	par fiole
Tinzaparine sodique (Innohep [®])	2167840 2229515 2231478 2229755	par ml
Toxine botulinique de type A (Botox [®])	1981501	par fiole
Trométhamine de kétorolac (Toradol [®] IM)	2162644 2162652	par ml
Valérate d'estradiol (Delestrogen [®])	29238	par ml
Zidovudine (Retrovir [®])	1902644	par ml

TABLEAU 3

EXCEPTIONS	DIN	UNITÉ DE MESURE
Enfuvirtide (Fuzeon [®])	2247725	par trousse
Étidronate disodium et carbonate de calcium (Didrocal [®])	2176017	par trousse
Imiquimod (Aldara [®]), crème	2239505	par paquet
La méthadone en poudre en préparations extemporanées	999734** 999801** 999802**	par mg
Lansoprazole + amoxicilline + clarithromycine (HP-Pac [®])	2238525	par trousse
Lavement au budésonide (Entocort [®])	2052431	quantité de 7 (par trousse)
Nitrate de miconazole (Monistat 3 [®] Dual Pak)	2126249	par emballage

**NIP

Bulletin n° 750

Le 24 avril 2009

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 24 avril 2009.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux services assurés habituels**
- **Critères d'autorisation spéciale révisés**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Budésonide							
Cap	Orl	3 mg	Entocort®	2229293	AZE	AEFGVW	PAR
Citalopram							
Co	Orl	30 mg	CTP 30	2296152	SEP	AEFGVW	PAR
Myristate d'isopropyle							
Sol	Top	50 %	Resultz™	2279592	NYC	EFGV	PAR
Mésalamine (5-acide aminosalicylique)							
Co	Orl	1,2 mg	Mezavant®	2297558	SHB	AEFGVW	PAR
Médicaments ne nécessitant plus d'autorisation spéciale							
Gabapentine							
Cap	Orl	100 mg	Neurontin®	2084260	PFI		
			pms-Gabapentine	2243446	PMS		
			Apo-Gabapentine	2244304	APX		
			Novo-Gabapentine	2244513	NOP	AEFGVW	PAM
			Gen-Gabapentine	2248259	GPM		
			Co-Gabapentine	2256142	COB		
			ratio-Gabapentine	2260883	RPH		
		300 mg	Neurontin®	2084279	PFI		
			pms-Gabapentine	2243447	PMS		
			Apo-Gabapentine	2244305	APX		
			Novo-Gabapentine	2244514	NOP	AEFGVW	PAM
			Gen-Gabapentine	2248260	GPM		
			Co-Gabapentine	2256150	COB		
			ratio-Gabapentine	2260891	RPH		
		400 mg	Neurontin®	2084287	PFI		
			pms-Gabapentine	2243448	PMS		
			Apo-Gabapentine	2244306	APX		
			Novo-Gabapentine	2244515	NOP	AEFGVW	PAM
			Gen-Gabapentine	2248261	GPM		
			Co-Gabapentine	2256169	COB		
			ratio-Gabapentine	2260905	RPH		
Co	Orl	600 mg	Neurontin®	2239717	PFI		
			pms-Gabapentine	2255898	PMS	AEFGVW	PAM
			Apo-Gabapentine	2293358	APX		
			Novo-Gabapentine	2248457	NOP		
		800 mg	Neurontin®	2239718	PFI		
			pms-Gabapentine	2255901	PMS	AEFGVW	PAM
			Apo-Gabapentine	2293366	APX		
			Novo-Gabapentine	2247346	NOP		

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITERES RÉVISÉS (POUR LES ASCD et BALD DANS LA MPOC)

ACLD :

Tiotropium

(*Spiriva*[®])

Capsules administrées par inhalation de 18 mcg

BALD :

Formotérol

(*Foradil*[®])

Capsules administrées par inhalation de 12 mcg

(*Oxeze*[®] *Turbuhaler*[®])

Aérosol-doseur de 6 mcg et de 12 mcg

Salmétérol

(*Serevent*[®] *Diskhaler*[®] *Disk*,
Serevent[®] *Diskus*[®])

Aérosol-doseur Diskus de 25 mcg et de 50 mcg

BALD / corticostéroïde en inhalation :

Formotérol + budésonide

(*Symbicort*[®] *Turbuhaler*[®])

Aérosol-doseur de

6 / 100 mcg et de

6 / 200 mcg

Salmétérol + fluticasone

(*Advair*[®] *Diskus*[®])

Aérosol-doseurs Diskus de

50 / 100 mcg, 50 / 250 mcg

et 50 / 500 mcg Aérosol-

doseurs de 25 / 125 mcg et

25 / 250 mcg

- La couverture des bêta-agonistes de longue durée (BALD) ou des anticholinergiques de longue durée (ACLD) dans le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) sera envisagée si :
 - les symptômes persistent après deux à trois mois de traitement par bronchodilatateur à action brève (p. ex. le salbutamol à la dose maximale de huit inhalations par jour ou l'ipratropium à la dose maximale de 12 inhalations par jour).
- La couverture peut être acceptée sans passer par l'essai d'un agent à action brève si :
 - il existe des preuves spirométriques d'une obstruction des voies respiratoires au minimum modérée ou grave ($VEMS_1 < 60\%$ et ratio $VEMS_1 / CVF < 0,7$) et des symptômes importants, comme un niveau de CRM de 3-5**.
- La polythérapie associant le tiotropium et un bêta-agoniste de longue durée/corticostéroïde en inhalation ne sera envisagée que :
 - s'il existe des preuves spirométriques d'une obstruction des voies respiratoires au minimum modérée ou grave ($VEMS_1 < 60\%$ et ratio $VEMS_1 / CVF < 0,7$) et des symptômes importants, comme un niveau de CRM de 3-5** ; *et*
 - s'il existe des preuves d'une ou plusieurs exacerbations modérées à graves par an, en moyenne, pendant deux années consécutives, nécessitant des antibiotiques ou des corticostéroïdes systémiques (par voie orale ou par intraveineuse).

NOTA : Si aucune spirométrie ne peut être obtenue, cette absence doit être clairement expliquée et une autre preuve de la gravité de l'affection doit être fournie aux fins d'examen (p. ex. l'échelle du CRM). Les rapports de spirométrie seront acceptés à tout moment.

**Échelle de dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM)

Phase de la MPOC	Symptômes
MODÉRÉE – CRM de 3 à 4	Essoufflement causé par la MPOC qui force le patient à cesser de marcher après environ 100 mètres (ou après quelques minutes) sur une surface plane.
GRAVE – CRM 5	Essoufflement causé par la MPOC qui laisse le patient trop essoufflé pour quitter sa demeure ou essoufflé après s'être déshabillé ; ou présence d'une insuffisance respiratoire chronique ou de signes cliniques d'insuffisance cardiaque.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu qu'ils n'offraient pas d'avantages thérapeutiques ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

Acétate de cyprotérone / éthinylestradiol	(<i>CyEstra-35</i>)	Comprimé de 2 mg / 0,035 mg
Somatropine – pour la petite taille idiopathique	(<i>Humatrope</i> [®])	Fiole de 5 mg, ampoule pour injection sous-cutanée de 6 mg, 12 mg et 24 mg

Bulletin n° 755

Le 24 juin, 2009

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeable ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et des produits ne figurant pas sur la liste assujettis au prix admissible maximal (PAM).

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 4 août 2009 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 5 août 2009.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpd@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Aug 4/09 Aug 5/09

Acetaminophen/Oxycodone Hydrochloride

Acétaminophène/Oxycodone (chlorhydrate d')

Tab	Orl	325mg/5mg	Apo-Oxycodone/Acet	2324628	APX	AEFGVW	MAP
-----	-----	-----------	--------------------	---------	-----	--------	-----

Co.

Cilazapril/Hydrochlorothiazide

Tab	Orl	5mg/12.5mg	Novo-Cilazapril/HCTZ	2313731	NOP	AEFGVW	MAP
-----	-----	------------	----------------------	---------	-----	--------	-----

Co.

Etidronate Disodium/Calcium Carbonate

Étidronate disodique/calcium (carbonate de)

Tab	Orl	400mg/500mg	Gen-Eti-Cal Carepac	2247323	GPM	AEFVW	MAP
Co.			Novo-Etidronatecal	2324199	NOP		

Fentanyl Transdermal

Fentanyl transdermal de

Srd	Trd	25mcg/hr	Novo-Fentanyl	2314630	NOP	W & Spec. Auth.	MAP
		50mcg/hr	Novo-Fentanyl	2314649	NOP	W & Spec. Auth.	MAP
		75mcg/hr	Novo-Fentanyl	2314657	NOP	W & Spec. Auth.	MAP
		100mcg/hr	Novo-Fentanyl	2314665	NOP	W & Spec. Auth.	MAP

Ibuprofen

Ibuprofène

Tab	Orl	400mg	Super Strength Motrin IB	2242658	JNJ	AEFGVW	AAC	0.1010
Co.			pms-Ibuprofen	836133	PMS			
		600mg	Novo-Profen	629359	NOP	AEFGVW	AAC	0.0465
			pms-Ibuprofen	839264	PMS			

Lansoprazole

SRC	Orl	15mg	Apo-Lansoprazole	2293811	APX	Spec. Auth.	AAC	1.5000
Caps. L.L.		30mg	Apo-Lansoprazole	2293838	APX	Spec. Auth.	AAC	1.5000

Levodopa/Carbidopa

Lévodopa/Carbidopa

SRT	Orl	100mg/25mg	Apo-Levocarb CR	2272873	APX	AEFVW	AAC	0.5126
-----	-----	------------	-----------------	---------	-----	-------	-----	--------

Co. L.L.

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Aug 4/09 Aug 5/09

Levofloxacin							
Lévofloxacine							
Tab	Orl	250mg	Apo-Levofloxacin	2284707	APX		
Co.			Co-Levofloxacin	2315424	COB		
			Gen-Levofloxacin	2313979	GPM	V & Spec. Auth.	AAC 3.1080
			Novo-Levofloxacin (relisting)	2248262	NOP		
			pms-Levofloxacin	2284677	PMS		
			Sandoz-Levofloxacin	2298635	SDZ		
		500mg	Apo-Levofloxacin	2284715	APX		
			Co-Levofloxacin	2315432	COB		
			Gen-Levofloxacin	2313987	GPM	V & Spec. Auth.	AAC 3.5070
			Novo-Levofloxacin (relisting)	2248263	NOP		
			pms-Levofloxacin	2284685	PMS		
			Sandoz-Levofloxacin	2298643	SDZ		
Medroxyprogesterone Acetate							
Médroxyprogestérone acétate de							
Sus	Inj	150mg/mL	Medroxyprogesterone Acetate	2322250	SDZ	EFGV	AAC 22.0000
Susp							
Methylphenidate Hydrochloride							
Méthyphénidate (chlorhydrate de)							
SRT	Orl	20mg	Sandoz-Methylphenidate SR	2320312	SDZ	AEFGVW	MAP
Co. L. L.							
Morphine Sulfate							
Morphine (Sulfate de)							
SRT	Orl	15mg	Novo-Morphine SR	2302764	NOP	AEFGVW	MAP
Co. L. L.							
		30mg	Novo-Morphine SR	2302772	NOP	AEFGVW	MAP
Omeprazole							
Oméprazole							
SRC	Orl	20mg	pms-Omeprazole	2320851	PMS	ABEFGVW & Spec. Auth.	MAP
Caps. L. L.							
Pramipexole Dihydrochloride (Monohydrate)							
Pramipexole dihydrochloride							
Tab	Orl	0.25mg	Co-Pramipexole	2297302	COB	AEVFW	MAP
Co.							
		0.5mg	Co-Pramipexole	2297310	COB	AEVFW	MAP
		1mg	Co-Pramipexole	2297329	COB	AEVFW	MAP
		1.5mg	Co-Pramipexole	2297337	COB	AEVFW	MAP

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

						to	MAP	
						Aug 4/09	Aug 5/09	
Raloxifene Hydrochloride								
Raloxifène (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	60mg	Apo-Raloxifene	2279215	APX	Spec. Auth.	AAC	1.3752
Co.			Novo-Raloxifene	2312298	NOP			
Ramipril								
Cap	Orl	15mg	Apo-Ramipril	2325381	APX	AEFGVW	AAC	0.9759
Caps								

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**

						to	MAP	
						Aug 4/09	Aug 5/09	
Alfuzosin Hydrochloride								
Alfuzosine (chlorhydrate de)								
ERT	Orl	10mg	Sandoz-Alfuzosin	2304678	SDZ		MAP	
Co. L.P.								
Ibuprofen								
Ibuprofène								
Tab	Orl	200mg	Motrin IB	2186934	JNJ		AAC	0.0510
Co.			Novo-Profen	629324	NOP			
Levofloxacin								
Lévofloxacine								
Tab	Orl	750mg	Apo-Levofloxacin	2325942	APX	AAC	6.5484	
Co.			Co-Levofloxacin	2315440	COB			
			pms-Levofloxacin	2305585	PMS			
			Sandoz-Levofloxacin	2298651	SDZ			
Topiramate								
Tab	Orl	25mg	Mint-Topiramate	2315645	MNT		MAP	
Co.								
		100mg	Mint-Topiramate	2315653	MNT		MAP	
		200mg	Mint-Topiramate	2315661	MNT		MAP	

Bulletin n° 753

Le 26 juin 2009

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick Formulaire

À compter du 26 juin 2009, le formulaire (liste de médicaments couverts) du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) ne sera plus distribué sur disque compact (CC). Cette décision a été fondée sur un certain nombre de facteurs, notamment l'usage minimale fait du CD et un désir de réduire les déchets.

Une copie électronique du formulaire du PMONB est disponible à la page Web du PMONB : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>. Comme le formulaire en ligne est mis à jour chaque trimestre, l'information qu'il contient sera beaucoup plus récente que sur un CD. De plus, la copie électronique en format PDF comprend une fonction de recherche pour facilement et rapidement trouver des médicaments précis.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Bulletin n° 756

Le 29 juin 2009

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 29 juin 2009.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux services assurés habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments examinés, non inscrits**
- **Rappel – Seules les demandes de règlement du N.-B. sont remboursées**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à BC_nbpd@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont aussi disponibles sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-e.asp.

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

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabriquant	Régimes	\$
Chlorhydrate de clindamycine					
Cap. Oral 300 mg	Dalacin® C	2182866	PFI		
	Novo-Clindamycin	2241710	NOP		
	Apo-Clindamycin	2245233	APX	ABEFGVW	PAM
	Gen-Clindamycin	2258358	GPM		
	pms-Clindamycin	2294834	PMS		
Insuline glulisine 100 UI/mL					
Liq. Inj. Flacon de 10 mL	Apidra®	2279460			
Stylo prérempli jetable de 3 mL	Apidra® Solostar®	2294346	SAV	EFG<18	PAR

Médicaments qui ne requièrent plus d'autorisation spéciale

Éfavirenz / ténofovir / emtricitabine					
Comp. Oral 600/300/200 mg	Atripla®	2300699	GIL	U	PAR
Ténofovir / emtricitabine					
Comp. Oral 300/200 mg	Truvada®	2274906	GIL	U	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Ambrisentan

(Volibris^{MD})

Comprimés de 5 mg et 10 mg

Indiqué pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) associée à une maladie idiopathique ou du tissu conjonctif chez les patients dont les symptômes correspondent au moins à la classe fonctionnelle III de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui n'ont pas répondu au traitement au sildénafil ou qui ne sont pas admissibles à ce traitement ou pour qui ce médicament est contre-indiqué.

- Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque
- La dose maximale d'ambrisentan remboursée sera de 10 mg par jour
- L'ambrisentan ne sera pas approuvé lorsqu'il est utilisé simultanément avec d'autres antagonistes des récepteurs de l'endothéline, de l'epoprostenol, du tréprostinil ou du sildénafil.

Insuline glulisine

(Apidra®)

Flacons et stylos préremplis SoloSTAR de 100 IU/mL

- Pour les patients atteints de diabète de type I ou II qui ont souvent des épisodes d'hypoglycémie postprandiale, des heures de repas imprévisibles, une résistance à l'insuline ou qui utilisent une injection sous-cutanée continue d'insuline.

Les ordonnances rédigées par des endocrinologues et des internistes du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale. Les renouvellements prescrits par d'autres praticiens ne nécessiteront pas d'autorisation spéciale.

Nota : L'insuline glulisine est une garantie régulière applicable aux régimes EFG<18 ans.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Rivaroxaban
(*Xarelto*[®])
Comprimé de 10 mg

- Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (ETE) chez les patients qui ont subi une arthroplastie totale élective de la hanche ou du genou. Le traitement peut aller jusqu'à 14 jours s'il sert d'alternative au traitement à l'héparine de faible poids moléculaire.
- La dose maximale de rivaroxaban remboursée est de 10 mg par jour, jusqu'à 14 jours pendant une période de six mois.

Nota : Les renouvellements prescrits pour prévention au cours d'une période de six mois nécessiteront une autorisation spéciale.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu que ces derniers n'offraient pas d'avantage thérapeutique ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Dabigatran etexilate	(<i>Pradax</i> [®])	Capsules de 75 mg et 110 mg
Methylnaltrexone	(<i>Relistor</i> ^{MC})	Flacon de 20 mg/mL
Sitaxsentan – deuxième soumission	(<i>Thelin</i> ^{MC})	Comprimé de 100 mg
Oxybate de sodium	(<i>Xyrem</i> [®])	Solution orale à 500 mg/mL

RAPPEL – SEULES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DU N.-B. SONT REMBOURSÉES

Avec l'été et le temps des vacances qui approchent à grands pas, nous souhaiterions vous rappeler, qu'en vertu de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance*, le PMONB **ne peut pas** rembourser les ordonnances rédigées à l'extérieur de la province. Certaines exceptions figurent également dans la Loi, notamment :

- Transplantation d'organe (Régime R) – des ordonnances pour des médicaments admissibles en vertu du Régimes R peuvent être préparées dans une pharmacie à l'extérieur du Nouveau-Brunswick, mais à l'intérieur du Canada, au cours des 60 premiers jours du congé de l'hôpital. Elles doivent toutefois être remplies par la suite par un pharmacien ou un propharmacien du Nouveau-Brunswick.
- Hormone de croissance humaine (Régime T) – le médicament doit être reçu par le bénéficiaire qui apparaît sur l'ordonnance d'un endocrinologue désigné.

Bulletin n°757

Le 7 juillet 2009

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 7 juillet 2009.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont aussi disponibles sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-e.asp

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

Veillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Olanzapine

(Zyprexa[®] Zydys[®])

Comprimé à dissolution orale
de 20 mg

Pour les patients qui répondent aux critères d'autorisation spéciale pour les comprimés réguliers d'olanzapine et qui ont de la difficulté à avaler.

Il est suggéré de consulter un psychiatre avant de commencer la thérapie.

Testostérone

(Andriol[®])

Capsules de 40 mg

(Androderm[®])

Timbres de 12,2 mg et
24,3 mg

(AndroGel[®])

Sachets de 2,5 g et 5 g

(Testim[®])

Gel 1 %

Indiqué pour le traitement de l'hypogonadisme primaire ou secondaire congénital et acquis chez les hommes ayant un diagnostic précis de :

- Hypogonadisme primaire : cryptorchidie, syndrome de Klinefelter, orchidectomie et autres causes établies
- Hypogonadisme secondaire : trouble hypothalamo-hypophysogonadique dû à une tumeur, un traumatisme ou de la radiation.

Le manque de testostérone doit clairement être démontré par des manifestations cliniques et confirmé par deux mesures de la testostérone libre avant de commencer une thérapie de substitution.

Nota : les hommes plus âgés qui présentent des symptômes non spécifiques de fatigue, de malaise ou de dépression et qui ont une concentration basse en testostérone ne répondent pas à ces critères.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Sumatriptan

(Imitrex[®], Imitrex[®] DF et
marques génériques)

Comprimés de 50 mg et
100 mg

- Pour le traitement des migraines¹ lorsque :
 - les migraines sont d'intensité modérée² et que d'autres thérapies (p. ex., AINS, acétaminophène, vaporisateur de DHE) ne sont pas efficaces ;
 - les crises migraineuses sont d'intensité sévère² ou très sévère².
- La protection se limite à 6 doses / 30 jours³
 - Les patients qui souffrent en moyenne de plus de 3 migraines par mois malgré un traitement prophylactique peuvent être admissibles à un maximum de 12 doses / 30 jours.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Almotriptan

(*Axert*[®])

Comprimés de 6,25 mg
12,5 mg

Naratriptan

(*Amerge*[®])

Comprimés de 1 mg et 2,5 mg

Rizatriptan

(*Maxalt*[®], *Maxalt*[®] RPD)

Comprimés de 5 mg et 10 mg

Sumatriptan

(*Vaporisateur nasal Imitrex*[®])

Vaporisateur nasal de 5 mg et
20 mg

Zolmitriptan

(*Zomig*[®], *Zomig*[®] Rapidmelt)

Comprimés de 2,5 mg

(*Vaporisateur nasal Zomig*[®])

Vaporisateur nasal de 2,5 mg
et 5 mg

Sumatriptan

(*Imitrex*[®] injectable)

Injection de 6 mg

- Pour le traitement des migraines¹ d'intensité modérée² lorsque d'autres thérapies (p. ex., AINS, acétaminophène, vaporisateur de DHE) ne sont pas efficaces ET que les patients n'ont pas répondu au sumatriptan oral.
- Pour le traitement des migraines¹ d'intensité sévère² ou très sévère² lorsque les patients n'ont pas répondu au sumatriptan oral.
- La protection se limite à 6 doses / 30 jours³
 - Les patients qui souffrent en moyenne de plus de 3 migraines par mois malgré un traitement prophylactique peuvent être admissibles à une maximum de 12 doses / 30 jours.

- Pour le traitement des migraines¹ d'intensité modérée² lorsque d'autres thérapies (p. ex., AINS, acétaminophène, vaporisateur de DHE) ne sont pas efficaces ET que les triptans oraux et nasaux ne sont pas appropriés.
- Pour le traitement des migraines¹ d'intensité sévère² ou très sévère² lorsque les triptans oraux et nasaux ne sont pas appropriés.
- La protection se limite à 6 doses / 30 jours³
 - Les patients qui souffrent en moyenne de plus de 3 migraines par mois malgré un traitement prophylactique peuvent être admissibles à une maximum de 12 doses / 30 jours.

¹ Tel que diagnostiqué en fonction des lignes directrices canadiennes.

² Définitions :

- Modérée – la douleur cause une perte de concentration qui amène le besoin de ralentir et limiter les activités ;
- Sévère – la douleur affecte la capacité à se concentrer et il devient très difficile de poursuivre les activités quotidiennes ;
- Très sévère – impossibilité de parler et de penser clairement; incapacité à fonctionner normalement ; susceptible de rester coucher ou de dormir.

³ Le remboursement sera offert pour une quantité maximale de doses de triptan par 30 jours, tel qu'indiqué dans les critères, peu importe les agents utilisés dans la période de 30 jours.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu que ces derniers n'offraient pas d'avantage thérapeutique ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

**Phosphate de clindamycine 1 %
+ peroxyde de dibenzoyle 5 %**

(Clindoxyl®)

Gel 5 %

Levofloxacin – nouvelle demande

(Levaquin®)

Comprimés de 750 mg

Bulletin N° 760

Le 21 août 2009

AUGMENTATION DES FRAIS D'ORDONNANCE DU PMONB

À compter du 1^{er} septembre 2009, le tableau des frais d'ordonnance suivant s'appliquera:

Coût d'ingrédients par ordonnance	Frais d'ordonnance	Frais d'ordonnance pour préparations magistrales
\$0,00 - \$99,99	\$9,40	\$14,10
\$100,00 - \$199,99	\$11,90	\$17,85
\$200,00 - \$499,99	\$17,00	\$18,00
\$500,00 - \$999,99	\$22,00	\$22,00
\$1000,00 - \$1999,99	\$62,00	\$62,00
\$2000,00 - \$2999,99	\$82,00	\$82,00
\$3000,00 - \$3999,99	\$102,00	\$102,00
\$4000,00 - \$4999,99	\$122,00	\$122,00
\$5000,00 - \$5999,99	\$142,00	\$142,00
au-delà de \$6000,00	\$162,00	\$162,00

Note: Les médecins pharmaciens recevront un remboursement de 80 p.100 des frais applicables mentionnés dans la liste ci-dessus.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Bulletin n° 761

Le 27 août 2009

INHIBITEURS DE LA CHOLINESTÉRASE Processus et critères d'autorisation spéciale

Le présent bulletin a pour but de vous informer des changements qui seront apportés au processus et aux critères d'autorisation spéciale relatifs au remboursement des inhibiteurs de la cholinestérase en vertu de la liste de médicaments du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB). Ces changements entreront en vigueur le 27 août 2009.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Renseignements généraux
- Modification des critères d'autorisation spéciale relatifs à la protection
- Foire aux questions

Pour faire ajouter votre nom à la liste de l'avis électronique des bulletins ou l'enlever, veuillez envoyer un message à BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composez le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Si vous avez des questions ou des préoccupations, veuillez communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleurs.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

INHIBITEURS DE LA CHOLINESTÉrase

Introduction et renseignements généraux

Au mois de septembre 2003, le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) a ajouté à sa liste trois inhibiteurs de la cholinestérase en tant que médicaments nécessitant une autorisation spéciale : donépézil (Aricept[®]), galantamine (Reminyl[®] ER) et rivastigmine (Exelon[®] et génériques).

Entre le 1^{er} septembre 2003 et le 31 juillet 2009, plus de 3 375 bénéficiaires du PMONB avaient présenté des demandes de règlement pour au moins un de ces inhibiteurs. Les dépenses totales engagées par le PMONB pour les inhibiteurs de la cholinestérase pendant cette même période ont été supérieures à 10 millions de dollars.

Changements apportés aux critères d'autorisation spéciale

Depuis que le processus d'autorisation spéciale pour les inhibiteurs de la cholinestérase a été mis en œuvre, plusieurs modifications y ont été apportées pour faciliter les processus de demande et de renouvellement. Le PMONB envoie automatiquement les formulaires de renouvellement aux médecins avant la date du renouvellement, les formulaires ont été simplifiés et des renseignements supplémentaires au sujet des tests d'évaluation des capacités fonctionnelles et des symptômes-cibles ont été fournis.

Un examen du processus a permis de conclure que d'autres changements pourraient être apportés afin d'améliorer le processus administratif tout en veillant à ce que les remboursements soient versés aux patients appropriés souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Les changements suivants entreront en vigueur le 27 août 2009 :

Périodes d'approbation

- Les périodes d'approbation pour la première et la deuxième demandes provenant de patients qui n'ont jamais utilisé d'inhibiteurs de la cholinestérase ont été augmentées à six mois ;
- Les demandes soumises après la deuxième approbation de six mois seront admissibles à une approbation d'un an ;
- La période d'approbation pour une première demande provenant des patients qui ont déjà utilisé un inhibiteur de la cholinestérase et qui change pour un autre de la même catégorie a été augmentée à six mois ;
- Les demandes subséquentes des patients qui changent d'inhibiteur peuvent être admissibles pour une approbation d'un an.

Formulaires d'autorisation spéciale

- Le nombre de formulaires a été réduit de cinq à trois ;
- Les formulaires utilisés pour faire une première demande pour un traitement avec inhibiteur de la cholinestérase (NBAD-1) et pour changer d'agent (NBAD-2) sont disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0212/alzheimers-f.asp>;
- Les formulaires utilisés pour faire une demande de renouvellement (NBAD-3) sont automatiquement envoyés au médecin trois mois avant la date requise.

INHIBITEURS DE LA CHOLINESTÉRISE (Donépézil, Galantamine, Rivastigmine)
Modification des critères de protection
En vigueur le 27 août 2009

- Pour le traitement de la maladie d'Alzheimer en phase légère à modérée

Pour commencer le traitement :

Les demandes doivent être soumises sur le formulaire d'autorisation spéciale approprié du PMONB.
<http://www.gnb.ca/0212/alzheimers-f.asp>

Pour commencer le traitement d'un patient qui n'a jamais reçu d'inhibiteur de la cholinestérase :

Les patients qui répondent aux critères de remboursement suivants seront approuvés pour une période initiale de six mois de traitement :

- un diagnostic probable ou possible de la maladie d'Alzheimer avec élément vasculaire ou corps de Lewy ;
- un Mini-examen de l'état mental (MMSE) dont le résultat est de 10 à 30 ;
- une évaluation fonctionnelle de la phase (FAST) dont le résultat est de 4 à 5 ;
- des symptômes-cibles établis dans au moins trois domaines (parmi les quatre domaines : cognitif, fonctionnel, comportemental et social).

Pour commencer le traitement d'un patient qui n'a reçu qu'un seul autre inhibiteur de la cholinestérase auparavant et qui change d'inhibiteur :

Les patients seront approuvés pour une période initiale de six mois de traitement avec un deuxième inhibiteur de la cholinestérase si les renseignements suivants sont fournis :

- raison de l'abandon du premier inhibiteur ;
- présence de nouveaux symptômes-cibles.

Pour poursuivre le traitement pendant une deuxième période de six mois :

Les patients qui répondent aux critères de surveillance suivants seront approuvés pour une deuxième période de six mois de traitement :

- un MMSE dont le résultat est de 10 à 30 ;
- une FAST dont le résultat est de 4 à 5 ;
- une stabilisation ou une amélioration d'au moins un des symptômes-cibles.

(Les demandes doivent être soumises à l'aide du formulaire d'autorisation du PMONB approprié qui est automatiquement envoyé au médecin.)

Pour poursuivre le traitement pendant une période d'un an (une fois que la première et la deuxième approbation de six mois sont terminées) :

Les patients qui répondent aux critères de surveillance suivants seront approuvés pour une période d'un an de traitement : un MMSE dont le résultat est de 10 à 30 (remarque : un résultat de MMSE doit être fourni six mois après avoir commencé le traitement avec l'inhibiteur et seulement une fois par année par la suite) ;

- une FAST dont le résultat est de 4 à 5 (remarque : un résultat de FAST doit être fourni six mois après avoir commencé le traitement avec l'inhibiteur et seulement une fois par année par la suite) ;
- une stabilisation ou une amélioration d'au moins un des symptômes-cibles.

(Les demandes doivent être soumises à l'aide du formulaire d'autorisation du PMONB approprié qui est automatiquement envoyé au médecin.)

Foire aux questions À propos des inhibiteurs de la cholinestérase

Le PMONB reçoit régulièrement des questions au sujet des critères de protection pour les inhibiteurs de la cholinestérase. Les réponses à quelques-unes des questions les plus souvent posées sont données ci-dessous.

1. Pour quelle raison le Comité consultatif a-t-il recommandé des critères pour les inhibiteurs de la cholinestérase ?

La recommandation d'ajouter les inhibiteurs de la cholinestérase à titre de garantie nécessitant une autorisation spéciale a été formulée par le Comité consultatif d'experts de l'Atlantique dans le cadre du processus commun d'examen des médicaments de l'Atlantique. L'objectif des critères est de veiller à ce que la protection pour les inhibiteurs de la cholinestérase soit offerte aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer en phase légère à modérée qui tireraient profit de la pharmacothérapie. Les critères ont aussi pour objet de prévenir l'utilisation à long terme de ces médicaments lorsqu'ils ne font plus de différence dans la vie du patient.

2. À quoi correspond le résultat de la FAST et pourquoi dois-je procéder à cette évaluation avec chaque patient ?

Le résultat de l'évaluation fonctionnelle de la phase (FAST) est une mesure de la capacité fonctionnelle d'un patient.

Les patients qui souffrent de la maladie d'Alzheimer en phase légère peuvent éprouver des problèmes avec la mémoire à court terme, ce qui peut diminuer leur capacité à gérer leurs activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Ces patients sont encore toutefois en mesure de bien gérer leurs propres activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ). Ce type de patients est associé à un résultat FAST de 4.

Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer en phase modérée auront plus de difficulté à accomplir leurs AIVQ et auront peut-être besoin de directions pour gérer leurs AVQ élémentaires (p. ex., besoin d'aide pour choisir des vêtements appropriés), mais sont capables d'accomplir leurs tâches avec une certaine indépendance. Ce type de patients est associé à un résultat FAST de 5.

Phase FAST	AIVQ	AVQ
	Gérer le budget et les médicaments, magasiner, cuisiner, conduire, faire l'entretien ménager, utiliser le téléphone (les difficultés à accomplir ces activités nécessitent l'aide de la collectivité ou de la famille, mais souvent le patient peut rester seule pour une bonne partie de la journée.)	Manger, utiliser les toilettes, s'habiller, se laver, se déplacer (les difficultés à accomplir ces activités mènent au besoin fréquent de soins infirmiers personnels).
4	Besoin d'aide	Autonome
5	Besoin d'aide ou dépendant	Besoin d'être dirigé ou d'une aide minimale
6	Dépendant	Dépendant

Le tableau ci-dessus expose le lien entre le résultat FAST et l'habileté du patient à l'égard des activités instrumentales et élémentaires de la vie quotidienne.

Il est important de noter que s'il existe une raison pour laquelle le patient répond aux critères d'un résultat de 6 sur l'échelle FAST, mais qu'elle n'est pas liée à la maladie d'Alzheimer (p. ex., incontinence urinaire consécutive à une incontinence à l'effort préexistante ou de la difficulté à se vêtir en raison de l'arthrite), elle doit être ignorée au moment de déterminer la phase FAST du patient.

3. Une fois que j'ai obtenu les résultats du MMSE et de la FAST pour un patient, dois-je refaire les tests ou est-ce que je peux utiliser les mêmes résultats sur les prochains formulaires ?

Le PMONB exige les résultats du MMSE et de la FAST au moment de la première demande d'inhibiteurs de la cholinestérase. Les deux tests doivent être répétés et les nouveaux résultats soumis au PMONB afin de poursuivre la protection de 6 mois et de un an. À titre de ligne directrice, les résultats du MMSE ou de la FAST qui datent de plus de deux mois ne devraient pas être soumis.

4. Quels symptômes-cibles valables dois-je surveiller chez mes patients ?

Les listes ci-dessous indiquent des exemples de symptômes-cibles dans chacun des quatre domaines. L'utilisation de symptômes-cibles comme ceux-ci aidera au suivi des patients au fil du temps. La façon dont le traitement agit sur les symptômes-cibles peut être un excellent indice pour savoir si les inhibiteurs de la cholinestérase aident vraiment le patient. De plus, les patients et leur fournisseur de soins devraient être tout aussi attentifs à ces symptômes-cibles afin de pouvoir obtenir le meilleur outil de suivi possible.

Cognitif :

- Le patient peut avoir de la difficulté à :
- suivre une conversation avec d'autres personnes ;
 - suivre une recette ou des instructions ;
 - faire fonctionner la télécommande (hommes) ;
 - composer un numéro de téléphone (numéro familial) ;
 - se rappeler le nom de ses enfants ou de ses petits enfants ;
 - se rappeler des événements importants de la semaine dernière.

Fonctionnel :

- Le patient peut avoir de la difficulté à :
- effectuer ses propres opérations bancaires (au guichet ou autres) ;
 - préparer un repas ;
 - à faire sa toilette et à s'habiller de manière autonome ;
 - se laver ou à prendre sa douche de manière autonome ;
 - effectuer des travaux ménagers légers de manière autonome ;
- (OU toute activité instrumentale de la vie quotidienne)

Comportemental :

Le patient peut :

- être irritable plus d'une fois par jour ;
- avoir de la difficulté à prendre part aux conversations quotidiennes ;
- être en proie au délire ou à des hallucinations ;
- observer des variations au niveau des pertes de mémoire.

Social :

Le patient peut avoir de la difficulté à :

- participer à des anciens passe-temps (ex. : jouer aux cartes, travailler le bois) ;
- prendre part à des réunions sociales (ex. : se terrer dans un coin) ;
- lire et apprécier un roman ;
- prendre plaisir à jardiner ou à regarder la télévision ;
- marcher seul ou à promener son chien lui-même.

5. Je me suis fait dire que des symptômes-cibles tels que « n'est plus en mesure de conduire » ou « diminution de la mémoire » ne sont pas de bons symptômes-cibles. Pourquoi ?

Les symptômes-cibles doivent être mesurables au fil du temps afin de pouvoir déterminer s'ils se stabilisent, s'améliorent ou encore se détériorent avec le traitement. Un symptôme-cible négatif ou qui décrit l'absence d'une habileté, tel que « n'est plus en mesure de conduire », ne fournira pas de repère à partir duquel la fonction peut être comparée.

6. Dois-je identifier trois différents symptômes-cibles dans trois des quatre domaines ?

Idéalement, puisqu'en identifiant des symptômes-cibles dans trois différents domaines, vous aurez un aperçu plus vaste du progrès du patient avec le temps. Toutefois, dans certains cas, les symptômes-cibles sont identifiés dans un seul domaine. Si c'est le cas, trois symptômes-cibles du domaine pertinent doivent être fournis.

7. Est-ce que je peux changer les symptômes-cibles d'un patient, et si c'est le cas, quel est le meilleur temps pour le faire ?

Les symptômes-cibles devraient être changés chaque fois qu'un traitement avec un nouvel inhibiteur de la cholinestérase est commencé. Ils devraient également être examinés de façon annuelle. Cet examen permet de voir s'il faut réinitialiser la mesure des symptômes. En règle générale, les symptômes-cibles demeurent valides pour au moins un an.

8. Quels sont les prix et les concentrations des inhibiteurs de la cholinestérase actuellement offerts sur le marché ?

Remarque : les inhibiteurs de la cholinestérase ont un prix uniforme, c'est-à-dire que la concentration du comprimé prescrit aura une incidence sur le coût de la dose. Par exemple, l'utilisation quotidienne de deux comprimés d'Aricept® de 5 mg, au lieu d'un seul comprimé de 10 mg, double de coût quotidien du traitement.

Bulletin n° 762

Le 27 août 2009

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 27 août 2009.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux services assurés habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composez le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

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

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Ajouts relatifs aux services assurés habituels

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Méthimazole					
Comp. Oral 10 mg	Tapazole®	2296039	PAL	AEFGVW	PAR
Olmésartan médoxomil					
Comp. Oral 20 mg	Olmetec®	2318660	SCH	AEFGVW	PAR
40 mg	Olmetec®	2318679			
Olmésartan médoxomil / hydrochlorothiazide					
Comp. Oral 20 mg/12,5 mg	Olmetec Plus®	2319616	SCH	AEFGVW	PAR
40 mg/12,5 mg	Olmetec Plus®	2319624			
40 mg/25 mg	Olmetec Plus®	2319632			
Travoprost					
Liq. Opht. 0,004 %	Travatan Z®	2318008	ALC	AEFGVW	PAR
Valsartan/hydrochlorothiazide					
Comp. Oral 320/12,5 mg	Diovan HCT®	2308908	NVR	AEFGVW	PAR
320/25 mg	Diovan HCT®	2308916	NVR		

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Abatacept (Orencia®)

Fiole pour injection de
250 mg

Pour le traitement d'arthrite chronique juvénile :

- Des enfants (de 6 à 17 ans) souffrant de polyarthrite juvénile idiopathique/arthrite juvénile chronique évolutive, de modérée à grave, qui sont intolérants ou qui ont réagi de façon inadéquate à l'etanercept.
- Le traitement initial se limite à un maximum de 16 semaines. Le traitement peut être refait chez les enfants qui ont démontré une réponse adéquate au traitement initial et qui sont victime d'une poussée d'arthrite.
- Doit être prescrit par un rhumatologue.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Clozapine

(*Gen-Clozapine*)

Comprimés de 50 mg et de 200 mg

- Pour les bénéficiaires qui sont insensibles ou intolérants aux médicaments antipsychotiques traditionnels ou atypiques.
 - L'insensibilité se définit comme l'absence d'une réponse clinique satisfaisante, malgré un traitement à des doses thérapeutiques maximales tolérées avec au moins deux antipsychotiques appartenant à des classes chimiques distinctes.
 - L'intolérance se définit comme l'incapacité d'obtenir un effet thérapeutique adéquat au moyen des antipsychotiques traditionnels en raison d'effets indésirables insupportables à des doses limitées, comme le parkinsonisme, la dystonie, l'acathisie et la dyskinésie tardive.
- La clozapine doit être prescrite par un psychiatre ou obtenue avec l'accord de ce dernier. Les ordonnances rédigées par les psychiatres du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale. Les renouvellements prescrits par d'autres praticiens ne nécessiteront pas d'autorisation spéciale.

Bromhydrate de darifénacine

(*Enablex*[®])

Comprimés à libération prolongée de 7,5 mg et 15 mg

- Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence urinaire ou les mictions fréquentes chez les patients qui ont été intolérants à une période d'essai raisonnable avec de la oxybutynine à libération immédiate.
- Les demandes pour le traitement de l'incontinence d'effort ne seront pas prises en considération.

Époétine alpha

(*Eprex*[®])

Seringue préremplie de 30,000IU/0,75 ml

Pour le traitement :

- de l'anémie associée à une insuffisance rénale chronique. Note : Les patients dialysés (néphropathie au stade ultime) reçoivent l'époétine par l'intermédiaire des unités de dialyse.
- de l'anémie post-transfusionnelle associée au traitement des patients infectés par le VIH et traités à la zidovudine.
- des patients tributaires de transfusions sanguines qui souffrent d'une hémopathie maligne, qui ont besoin d'une transfusion ≥ 2 unités de culot globulaire par mois sur une période de 3 mois.
 - L'approbation initiale sera accordée pour une période de 12 semaines
 - L'approbation pour d'autres périodes de 12 semaines sera accordée si la réponse clinique est satisfaisante ou si le nombre d'unités de culot globulaire requis est réduit à moins de 2 par mois.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Fumarate de disoproxil de ténofovir

(Viread®)

Comprimés de 300 mg

- Pour le traitement d'une infection à hépatite B chronique chez les patients ayant une cirrhose documentée par des radiographies ou des données histologiques et par une concentration de DNA du VHB au dessus de 2000IU/ml.

Topiramate

(Topamax® et marques génériques)

Comprimés de 25 mg, 50 mg

100 mg et 200 mg

- Pour le traitement de l'épilepsie réfractaire qui n'est pas bien contrôlée avec un traitement traditionnel.

AUTORISATION SPÉCIALE - CRITÈRES RÉVISÉS

Toxine botulinique de type A (Botox®)

Fiole de 100 unités

Pour le traitement :

- de la spasticité focale à la suite d'un AVC chez les adultes ;
- du pied de bot équin causé par une infirmité motrice cérébrale chez les patients de deux ans et plus ;
- de la dystonie cervicale (torticolis spasmodique) ;
- du blépharospasme, du spasme de l'hémiface (trouble du nerf VII) et du strabisme chez les patients de 12 ans et plus.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu que ces derniers n'offraient pas d'avantage thérapeutique ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

influximab – pour colite ulcéreuse

(Remicade®)

Fiole pour injection de 100 mg

lévonorgestrel / éthinylestradiol

(Seasonale™)

Comprimés de 0,15/0,03 mg

tacrolimus

(Advagraf™)

Capsules à libération prolongée de 0,5 mg, 1 mg et 5 mg

Bulletin n° 764

Le 2 septembre, 2009

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeable ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 4 octobre 2009 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 5 octobre 2009.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpd@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Oct 4/09 Oct 5/09

Amlodipine Besylate
Bésylate d'amlodipine
Tab Orl 5mg
Co.

Apo-Amlodipine	2273373	APX			
Co Amlodipine	2297485	COB			
GD-Amlodipine	2280132	GMD			
Mylan-Amlodipine	2272113	MYL			
Novo-Amlodipine	2250497	NOP	AEFWW	AAC	0.6656
pms-Amlodipine	2284065	PMS			
Ran-Amlodipine	2321858	RAN			
ratio-Amlodipine	2259605	RPH			
Sandoz Amlodipine	2284383	SDZ			

10mg

Apo-Amlodipine	2273381	APX			
Co Amlodipine	2297493	COB			
GD-Amlodipine	2280140	GMD			
Mylan-Amlodipine	2272121	MYL			
Novo-Amlodipine	2250500	NOP	AEFWW	AAC	0.9880
pms-Amlodipine	2284073	PMS			
Ran-Amlodipine	2321866	RAN			
ratio-Amlodipine	2259613	RPH			
Sandoz Amlodipine	2284391	SDZ			

Bulletin n° 765

Le 10 septembre 2009

Lots ou cycles hebdomadaires pour les demandes de règlement relatives au régime V (foyer de soins infirmiers)

À compter du 25 septembre 2009, les pharmacies qui choisissent de fournir les médicaments aux résidents des foyers de soins infirmiers par lots ou cycles hebdomadaires seront admissibles à un remboursement maximal des frais d'ordonnance une fois pour chaque période d'un mois (4 semaines), peu importe si les fournitures pour une semaine ont été prescrites, ou demandées par le foyer de soins infirmiers.

- À compter du 25 septembre 2009, les lots ou cycles hebdomadaires dont le remboursement excèdera le ¼ des frais d'ordonnance tels que définis dans le guide des frais d'ordonnance* applicable au coût total de médicament pour une période de 4 semaines seront assujettis à une vérification après paiement et à une récupération des frais maximaux d'ordonnance.
- Les pharmacies qui choisissent de fournir les médicaments par lots ou cycles hebdomadaires doivent inscrire un « P » dans le champ du code de service spécial et soumettre une demande de remboursement pour un paiement maximal équivalent au ¼ des frais d'ordonnance applicables.*
- À compter du 1^{er} décembre 2009, les changements apportés au système par le PMONB résulteront en une réduction du remboursement maximal égale au ¼ des frais d'ordonnances applicables* pour toutes les demandes de règlement soumises avec un « P » dans la case du code de service spécial.

* <http://www.qnb.ca/0212/DispensingFees-f.asp>

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

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Bulletin 768

Le 24 septembre 2009

Couverture des antiviraux pour les affections pseudo-grippales des bénéficiaires du PMONB

Traitement des affections pseudo-grippales :

Oseltamivir (Tamiflu®)

- Capsules de 75 mg
- Suspension orale de 12 mg/ml
- Suspension orale de 15 mg/ml (composée – DIN 00903600)

Zanamivir (Relenza®)

- Poudre pour inhalation de 5 mg (non disponible dans les pharmacies communautaires actuellement)

D'ici à ce que des lignes directrices nationales soient émises sur la distribution des antiviraux en stock, le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) couvre le traitement des affections pseudo-grippales avec des antiviraux pour ses bénéficiaires.

Nota : Les traitements prophylactiques ne seront pas remboursés sauf dans le cas d'une autorisation spéciale en vigueur pour les bénéficiaires qui résident dans des établissements autorisés de soins de longue durée (régime V).

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) recommande que les antiviraux soient utilisés pour traiter les personnes qui sont atteintes de maladies graves non les personnes qui sont modérément affectées. Le traitement est aussi recommandé pour les personnes à haut risque d'avoir des complications liées à la grippe saisonnière.

Selon le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), les groupes indiqués au tableau 1 courent un risque accru d'avoir des complications liées à la grippe.

La couverture fournie en fonction de ces critères est une mesure provisoire et sera évaluée à nouveau au cours de la saison de grippe et lorsque d'autres lignes directrices seront communiquées. Veuillez consulter le site Web suivant régulièrement pour obtenir les futures mises à jour : <http://www.gnb.ca/cnb/Promos/Flu/index-f.asp>

Le traitement standard est de cinq jours et la thérapie doit être commencée le plus rapidement possible, dans les 48 heures qui suivent l'apparition des symptômes. Le remboursement du PMONB est limité à un traitement standard unique de cinq jours.

Il est très important que les antiviraux soient prescrits et utilisés de façon appropriée. L'utilisation non requise des antiviraux réduira les stocks communautaires et augmentera le risque de développer une résistance aux antiviraux.

Tableau 1 : États de santé représentant des risques élevés États de santé des patients pouvant retarder le rétablissement d'une infection grippale et faciliter le développement de complications liées à la grippe
Âge : < 2 ou ≥ 65
Grossesse (2 ^e et 3 ^e trimestres)
Maladies cardiovasculaires : trouble congénital, trouble rhumatismal, cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque congestive
Maladies broncho-pulmonaires : asthme, bronchectasie, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), fibrose kystique
Maladies métaboliques comme le diabète
Maladies rénales
Troubles malins
Immunodéficience, SIDA, immunosuppression, personnes greffées
hémopathie, anémie, hémoglobinopathie
Maladies hépatiques, cirrhose
Les enfants âgés de moins de 18 ans qui requièrent une thérapie salicylate de longue durée (maladie de Kawasaki, polyarthrite rhumatoïde, fièvre rhumatismale aiguë, autres)

Prophylaxie durant une épidémie de grippe pour les bénéficiaires (foyers de soins) du régime V

Information à l'intention des pharmacies fournissant des services aux foyers de soins autorisés

Le traitement des affections pseudo-grippales pour les bénéficiaires du régime V est tel qu'il est indiqué à la page 1 du présent bulletin.

L'oseltamivir (Tamiflu®) est disponible pour la prophylaxie en tant que garantie faisant l'objet d'une autorisation spéciale pour les bénéficiaires du PMONB qui sont résidents d'établissements de soins de longue durée (signifie les foyers de soins autorisés et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux). Le protocole suivant a été élaboré par Santé publique pour la prophylaxie durant les épidémies de grippe dans les établissements de soins de longue durée.

- En cas d'épidémie de troubles respiratoires dans un établissement de soins de longue durée, le médecin traitant ou le médecin-conseil ou médecin résident consultera le médecin conseil en santé publique pour déterminer si la cause de l'épidémie est, ou est crue être, causée par la grippe.
- Si l'on détermine que la cause de l'épidémie est, ou est probablement, la grippe, le médecin conseil en santé publique émettra des recommandations générales concernant l'utilisation prophylactique au sein de l'établissement. La responsabilité des décisions de traitement pour chacun des résidents durant l'épidémie demeure celle du médecin traitant.

Vous trouverez ci-dessous une liste des liens qui mènent aux lignes directrices provisoires fournies par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).

Lignes directrices provisoires : Prévention de l'infection et mesures de contrôle pour les travailleurs de la santé dans les établissements de soins de longue durée :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/hp-ps/prevention-fra.php>

Lignes directrices intérimaires sur la gestion des éclosions du virus pandémique H1N1 2009 dans les établissements fermés :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/guidance-orientation-07-16-fra.php>

Processus de couverture de l'oseltamivir pour la prophylaxie

Approbation de l'autorisation spéciale communiquée au PMONB :

Si la prophylaxie antivirale est recommandée par le médecin conseil en santé publique, le médecin conseil ou médecin résident de l'établissement de soins de longue durée ou un membre désigné du personnel de l'établissement avisera le PMONB de la décision de commencer la thérapie à l'oseltamivir dans cet établissement de soins de longue durée en appelant le service de renseignements du PMONB : 1-800-332-3691.

Après les heures ouvrables, un message contenant l'information ci-dessous doit être laissé :

- Date du message
- Nom et adresse de l'établissement de soins de longue durée
- Nom de la pharmacie qui remplit les ordonnances d'oseltamivir
- Nom et numéro de téléphone d'une personne-ressource à l'établissement de soins de longue durée au cas où le PMONB devrait clarifier des détails

Le pharmacien de l'établissement de soins de longue durée doit être informé au même moment que le PMONB afin de permettre suffisamment de temps pour assurer la distribution de la quantité d'oseltamivir requise.

Paiement en ligne des demandes de règlement ayant fait l'objet d'une demande d'autorisation spéciale pour l'oseltamivir :

Une fois informé par l'établissement de soins de longue durée que la thérapie à l'oseltamivir a été demandée pour les résidents, le PMONB commencera le processus d'autorisation spéciale pour tous les bénéficiaires du régime V (résident du foyer de soins) de l'établissement en question. Le PMONB avisera la pharmacie lorsque l'autorisation spéciale pour l'oseltamivir a été activée et quand la pharmacie pourra soumettre les demandes de règlement en ligne. L'approbation de l'oseltamivir pour les résidents en soins de relève qui ne sont pas bénéficiaires du régime V doit être effectuée séparément. L'établissement de soins de longue durée doit aviser le PMONB s'ils ont des résidents en soins de relève.

Bulletin n° 767

Le 28 septembre 2009

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 28 septembre 2009.

Vous trouverez ce qui suit dans ce bulletin :

- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à BC_nbpd@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Dasatinib (Sprycel®)
Comprimés de 20 mg,
50 mg, 70 mg

Leucémie lymphoblastique aiguë (LLA)

Pour les patients adultes atteints de leucémie lymphoblastique aiguë (LLA) à chromosome Philadelphie positif (Ph+) dont la maladie est résistante à la chimiothérapie contenant de l'imatinib (le patient doit avoir essayé 600 mg par jour) ou qui ont eu une toxicité non hématologique de niveau 3, ou une toxicité hématologique de niveau 4 persistant pendant plus de 7 jours en raison d'une thérapie avec imatinib.

Période d'approbation initiale : 1 an

- Critères de renouvellement : Confirmation écrite que le patient a bénéficié du traitement et qu'on s'attend à ce qu'il continue à en bénéficier.

Période de renouvellement : 1 an

Sorafenib (Nexavar®)
Comprimés de 200 mg

Carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé

Pour les patients avec Child-Pugh de catégorie A* qui ont :

- ont un état de performance de 0,1 ou de 2[†] d'après les critères du Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ;
- fait des progrès relativement à la chimioembolisation transartérielle ou ne sont pas en mesure de suivre ce traitement.
- La couverture peut être renouvelée pour les patients avec des radiographies ou des résultats de scintigramme indiquant aucun progrès.

Période d'approbation initiale : 6 mois

Période d'approbation pour renouvellement : 1 an

Le Sorafenib ne sera pas remboursé s'il est utilisé avec induction ou intention de traitement adjuvant et avec d'autres traitements curatifs ; pour traitement d'entretien après chimioembolisation transartérielle ; ou si les patients souffrent de cirrhose Child-Pugh B or Child-Pugh C.

**Une cote Child-Pugh de 5 ou 6 est considérée classe A (maladie bien compensée) ; 7-9 est classe B (compromis fonctionnel important) ; et 10-15 est classe C (maladie décompensée).*

† Les patients qui sont asymptomatiques et ceux qui sont symptomatiques et au lit moins de la moitié du temps.

Capécitabine (Xeloda®)
Comprimés de 150 mg et
500 mg

Cancer colorectal métastatique

Dans le cadre du traitement CAPOX (capecitabine-oxaliplatine) pour le traitement de première et de deuxième ligne des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique avec un état de performance de 0-2* d'après les critères du Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG).

* Les patients qui sont asymptomatiques et ceux qui sont symptomatiques et au lit moins de la moitié du temps.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Erlotinib (Tarceva®)
Comprimés de 150 mg et
500 mg

Cancer du poumon non à petites cellules

Indiqué pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules à progression localisée ou métastatique après l'échec d'au moins un régime de chimiothérapie à base de platine.

Période d'approbation initiale : 6 mois d'essai

Critères de renouvellement : Confirmation écrite que le patient a bénéficié du traitement et pour lequel il n'y a pas de preuve de progression de la maladie.

Période de renouvellement : 6 mois

Sorafenib (Nexavar®)
Comprimé de 200 mg

Cancer du rein à cellules métastatique

Thérapie de deuxième ligne pour les patients qui sont atteints d'un cancer du rein à cellules claires métastatique confirmé histologiquement, qui :

- ont eu une progression de la maladie après un traitement antérieur aux cytokines (p. ex. : interféron; aldesleukin) au cours des huit derniers mois ;
- ont un état de performance de 0 ou 1 d'après les critères† du Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ;
- ont un état de risque favorable ou intermédiaire selon la cote de pronostique du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC).

Période d'approbation initiale : 1 an

Critères de renouvellement : Confirmation écrite que le patient a bénéficié du traitement et qu'on s'attend à ce qu'il continue à en bénéficier.

Période de renouvellement : 1 an

† Patients qui sont asymptomatiques et ceux qui ont des symptômes mais qui sont complètement ambulants.

Dasatinib (Sprycel®)
Comprimés de 20 mg,
50 mg, 70 mg

Leucémie myéloïde chronique (LMC)

Indiqué pour les patients adultes qui ont une leucémie myéloïde chronique (LMC) :

- avec une résistance primaire ou acquise à imatinib à 600 mg par jour. Posologie recommandée : 100 mg par jour ou 70 mg deux fois par jour ;
- qui progressent à une phase d'accélération lorsqu'ils prennent imatinib 600 mg par jour. Posologie recommandée : 140 mg par jour ;
- qui ont une crise blastique lorsqu'ils prennent imatinib 600 mg par jour. Posologie recommandée : 140 mg par jour ;
- qui ont une intolérance à imatinib ou ont eu une toxicité de niveau 3 ou plus à imatinib.

Période d'approbation initiale : 1 an

Critères de renouvellement : La demande de renouvellement doit préciser comment le patient a bénéficié du traitement et dans quelle mesure on s'attend à ce qu'il continue à en bénéficier.

Période de renouvellement : 1 an

Bulletin n° 772

Le 14 octobre, 2009

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeable ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 24 novembre 2009 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 25 novembre 2009.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Nov 24/09 Nov 25/09

Benzylamine Hydrochloride							
Benzylamine (chlorhydrate de)							
Liq	Orl	0.15%	Novo-Benzylamine	2310422	NOP	AEFGVW	MAP
Liq							
Cefepime Hydrochloride							
Céfépime (chlorhydrate de)							
Pws	Inj	2g/vial	Cefepime for Inj	2319039	APX	W	AAC 22.4300
Pds.							
Fentanyl Transdermal System							
Fentanyl (système transdermique de)							
Srd	Trd	12mcg/hr	Sandoz-Fentanyl MTX	2327112	SDZ	W & Spec. Auth.	MAP
Srd							
		25mcg/hr	Duragesic MAT	2275813	JAN	W & Spec. Auth.	MAP
			Sandoz-Fentanyl MTX	2327120	SDZ		
		37mcg/hr	Sandoz-Fentanyl MTX	2327139	SDZ	W & Spec. Auth.	AAC
		50mcg/hr	Duragesic MAT	2275821	JAN	W & Spec. Auth.	MAP
			Sandoz-Fentanyl MTX	2327147	SDZ		
		75mcg/hr	Duragesic MAT	2275848	JAN	W & Spec. Auth.	MAP
			Sandoz-Fentanyl MTX	2327155	SDZ		
		100mcg/hr	Duragesic MAT	2275856	JAN	W & Spec. Auth.	MAP
			Sandoz-Fentanyl MTX	2327163	SDZ		
Fluconazole							
Cap	Orl	150mg	Co-Fluconazole	2323419	COB	AEFGVW	MAP
Caps							
Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	12.5mg	Apo-Hydro	2327856	APX	AEFGVW	AAC 0.0322
Co.							
Omeprazole							
Oméprazole							
SRC	Orl	20mg	Mylan-Omeprazole	2329433	MYL	ABEFGVW	MAP
Caps. L.L.							
Ondansetron Hydrochloride Dihyrate							
Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d')							
Tab	Orl	4mg	Co-Ondansetron	2296349	COB	W & Spec. Auth.	MAP
Co.							
		8mg	Co-Ondansetron	2296357	COB	W & Spec. Auth.	MAP

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Nov 24/09 Nov 25/09

Pioglitazone Hydrochloride
Pioglitazone (chlorhydrate de)

Tab	Orl	15mg	Accel-Pioglitazone	2303442	ACC	Spec. Auth.	MAP	
Co.		30mg	Accel-Pioglitazone	2303450	ACC	Spec. Auth.	MAP	
		45mg	Accel-Pioglitazone	2303469	ACC	Spec. Auth.	MAP	

Ramipril

Cap	Orl	15mg	ratio-Ramipril	2311194	RPH	AEFGVW	MAP	
Caps								

Rivastigmine

Cap	Orl	1.5mg	Novo-Rivastigmine	2305984	NOP			
Caps			pms-Rivastigmine	2306034	PMS	Spec. Auth.	AAC	1.3029
			ratio-Rivastigmine	2311283	RPH			
			Sandoz-Rivastigmine	2324563	SDZ			

Rivastigmine

Cap	Orl							
Caps		3mg	Novo-Rivastigmine	2305992	NOP			
			pms-Rivastigmine	2306042	PMS	Spec. Auth.	AAC	1.3029
			ratio-Rivastigmine	2311291	RPH			
			Sandoz-Rivastigmine	2324571	SDZ			
		4.5mg	Novo-Rivastigmine	2306018	NOP			
			pms-Rivastigmine	2306050	PMS	Spec. Auth.	AAC	1.3029
			ratio-Rivastigmine	2311305	RPH			
			Sandoz-Rivastigmine	2324598	SDZ			
		6mg	Novo-Rivastigmine	2306026	NOP			
			pms-Rivastigmine	2306069	PMS	Spec. Auth.	AAC	1.3029
			ratio-Rivastigmine	2311313	RPH			
			Sandoz-Rivastigmine	2324601	SDZ			

Ropinirole Hydrochloride

Ropinirole (chlorhydrate de)

Tab	Orl	0.25mg	Co-Ropinirole	2316846	COB			
Co.			pms-Ropinirole	2326590	PMS	AEFVW	AAC	0.1419
			Ran-Ropinirole	2314037	RAN			
		1mg	Co-Ropinirole	2316854	COB			
			pms-Ropinirole	2326612	PMS	AEFVW	AAC	0.5676
			Ran-Ropinirole	2314053	RAN			

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Nov 24/09 Nov 25/09

Ropinirole Hydrochloride
Ropinirole (chlorhydrate de)

Tab	Orl	2mg	Co-Ropinirole pms-Ropinirole Ran-Ropinirole	2316862 2326620 2314061	COB PMS RAN	AEFVW	AAC	0.6244
		5mg	Co-Ropinirole pms-Ropinirole Ran-Ropinirole	2316870 2326639 2314088	COB PMS RAN	AEFVW	AAC	1.7192

Simvastatin
Simvastatine

Tab	Orl	5mg	Ran-Simvastatin	2329131	RAN	AEFGVW	MAP
Co.		10mg	Ran-Simvastatin	2329158	RAN	AEFGVW	MAP
		20mg	Ran-Simvastatin	2329166	RAN	AEFGVW	MAP
		40mg	Ran-Simvastatin	2329174	RAN	AEFGVW	MAP
		80mg	Ran-Simvastatin	2329182	RAN	AEFGVW	MAP

Terbinafine Hydrochloride
Terbinafine (chlorhydrate de)

Tab	Orl	250mg	pms-Terbinafine	2294273	PMS	Spec. Auth.	MAP
-----	-----	-------	-----------------	---------	-----	-------------	-----

Co.

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**

to MAP
Nov 24/09 Nov 25/09

Levofloxacin
Lévofloxacine

Tab	Orl	750mg	Novo-Levofloxacin	2285649	NOP		MAP
-----	-----	-------	-------------------	---------	-----	--	-----

Co.

		Inter - Office Memo Note Interservices			
Date:		Name and Title / Nom et titre	Department and Branch / Ministère et direction	Telephone/Téléphone	Reference/Référenc
To: À:					
From: De:	Cathy Goodfellow Manager, Health Emergency Management Unit and NB Emergency Operations Centre Director	NB Department of Health HSBC Place, 520 King Street Fredericton, NB E3B 6G3	(506) 444-2883		
Copies To: Copies					
Subject Objet:	Re: Pre-deployment and Distribution of Provincial Pandemic Antiviral Stockpile Objet : Envoi anticipé et distribution de la réserve provinciale d'antiviraux contre la pandémie				

Dear Community Pharmacist;

As you are likely aware, antivirals are currently recommended as an early treatment strategy for Pandemic (H1N1) 2009 influenza when the illness is moderate to severe and for mild illness if a patient is at greater risk of complications. Where possible, treatment should begin within the 24-48 hours of symptom onset.

Community pharmacists are one of the most accessible health professionals with approximately 206 community pharmacies covering all regions of the province. With this in mind, the Department of Health, in collaboration with the New Brunswick Pharmacists' Association, has determined community pharmacists are the most desirable and appropriate means for distribution of the Provincial Pandemic Antiviral Stockpile if, or when the Chief Medical Officer decides on its release.

As part of pandemic preparedness, a portion of the Provincial Pandemic Antiviral Stockpile oseltamivir (Tamiflu[®]) will be pre-deployed to community pharmacies through the wholesaler, McKesson. The pre-deployment stock should be stored and not dispensed until the antiviral stockpile is released. Attached is a bulletin issued by the New Brunswick Prescription Drug Program on behalf of the Department of Health outlining 1) pre-deployment of Provincial Pandemic Antiviral Stockpile of Oseltamivir (Tamiflu[®]) and 2) once Provincial Pandemic Antiviral Stockpile is released, the procedures for distribution, reordering, and submission of claims.

We appreciate the efforts of pharmacists during the

Chers pharmaciens communautaires,

Comme vous le savez sans doute, les antiviraux sont actuellement recommandés en tant que stratégie thérapeutique précoce pour la pandémie d'influenza (H1N1) de 2009 lorsque la maladie est d'intensité modérée à grave, voire légère s'il s'agit d'un patient présentant un risque supérieur de complications. Dans la mesure du possible, le traitement doit commencer dans les 24 à 48 heures suivant l'apparition des symptômes.

Les pharmaciens communautaires sont parmi les professionnels de la santé les plus accessibles, totalisant environ 206 pharmacies couvrant toutes les régions de la province. C'est dans cet esprit que le ministère de la Santé, en collaboration avec l'Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, a déterminé que les pharmaciens communautaires constituent le moyen le plus souhaitable et le plus approprié de distribuer la réserve provinciale d'antiviraux contre la pandémie lorsque viendra le temps pour la médecin-hygiéniste en chef d'autoriser sa distribution.

Dans le cadre des mesures de préparation à la pandémie, une partie de la réserve provinciale d'antiviraux contre la pandémie (Oseltamivir [Tamiflu[®]]) sera envoyée de façon hâtive aux pharmacies communautaires par l'entremise du grossiste, la société McKesson. Les stocks faisant l'objet d'une distribution hâtive doivent être conservés et ne pas être délivrés jusqu'à ce que la réserve d'antiviraux soit distribuée. Vous trouverez ci-joint un bulletin émis dans le cadre du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB), au nom du ministère

influenza season and thank you for your attention to this matter.

Sincerely,



Cathy Goodfellow
Manager, Health Emergency Management Unit and
NB Emergency Operations Centre Director

de la Santé, précisant : 1) l'envoi hâtif de la réserve provinciale d'antiviraux contre la pandémie (Oseltamivir [Tamiflu®]); et 2) les procédures de distribution, de nouvelle commande et de présentation des demandes de paiement, une fois que la réserve provinciale d'antiviraux contre la pandémie sera distribuée.

Nous apprécions les efforts des pharmaciens pendant la saison grippale et nous vous remercions de votre collaboration à ce sujet.

Cordiales salutations,

Cathy Goodfellow
Directrice, Service de gestion des urgences en santé et
directrice du Centre des opérations d'urgence du Nouveau-
Brunswick

Bulletin n° 770

Le 16 octobre 2009

PLAN DE DISTRIBUTION DES STOCKS D'ANTIVIRAUX

Mise en œuvre anticipée du stock d'antiviraux :

- En prévision d'une éventuelle mise en commerce de stocks d'antiviraux en cas de pandémie, les pharmacies communautaires et les régies régionales de la santé recevront un stock d'oseltamivir (Tamiflu[®]) à mettre en œuvre de manière anticipée en fonction des estimations démographiques, et ce, dès le 19 octobre 2009.
- Aucune mise en œuvre anticipée de zanamivir (Relenza[®]) n'est prévue pour le moment.
- Le stock d'oseltamivir (Tamiflu[®]) mis en œuvre de manière anticipée devra être entreposé et **ne sera pas** distribué tant qu'on n'aura pas reçu l'avis selon lequel le stock d'antiviraux provincial en cas de pandémie aura été mis en commerce. L'avis concernant la mise en commerce des stocks d'antiviraux ainsi que tout renseignement supplémentaire sera diffusé ultérieurement par communiqué.
- Les stocks seront livrés gratuitement à votre pharmacie par le grossiste McKesson.
- Pour le moment, les pharmacies devront distribuer leur approvisionnement commercial selon leurs pratiques de facturation actuelles.
- Veuillez vous reporter au bulletin 768 pour obtenir de l'information sur le remboursement aux prestataires du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick :
www.gnb.ca/0212/pdf/NBPDP_Bulletin/NBPDPBulletin768September24,2009%20Antiviral%20Bulletin.pdf
- Pour les fournisseurs de soins de santé et le public qui souhaitent obtenir de l'information sur l'influenza, veuillez consulter le site www.gnb.ca/flu

Une fois que la mise en commerce des stocks d'antiviraux en cas de pandémie aura été annoncée, il conviendra de suivre les étapes suivantes :

- Lorsque vous aurez reçu l'avis selon lequel les stocks d'antiviraux en cas de pandémie ont été mis en marché, commencez à distribuer la fourniture provinciale aux patients ayant une ordonnance valable **pour une cure de cinq jours** (et pour qui le médecin prescripteur a déterminé que l'utilisation d'un antiviral provenant de la réserve provinciale est indiqué). **De plus amples renseignements seront communiqués lorsque les stocks seront mis en commerce.**
- **Le stock provincial d'antiviraux en cas de pandémie est destiné au traitement de l'affection pseudo-grippale et non pour la prophylaxie.**
- Lorsque vous distribuez les antiviraux issus du stock pandémique provincial, le patient **ne doit pas** être facturé.
- Le ministère de la Santé remboursera les frais de délivrance selon le tableau des Frais de dispensation d'ordonnances www.gnb.ca/0212/DispensingFees-f.asp de l'ordre de 9,40 \$ par ordonnance; ou de 14,10 \$ par ordonnance composée * (les médecins délivrant le médicament

recevront un remboursement de l'ordre de 80 % des frais applicables). **Se reporter à la section ci-dessous pour la procédure de demande de remboursement.**

- Lorsqu'il ne vous reste qu'une réserve de deux ou trois jours du stock provincial en cas de pandémie, communiquez avec McKesson (la personne-ressource de McKesson est Michelle Awalt : 902-876-6006 ou michele.awalt@mckesson.ca). McKesson vous expédiera des quantités supplémentaires sans frais pour votre pharmacie.
- Conservez tous les stocks d'antiviraux en cas de pandémie non utilisés ou expirés, et ce, pour toute la durée de la saison 2009-2010. Les directives relatives au retour des stocks non utilisés vous seront communiquées à l'issue de la saison grippale.

RÉSERVE PROVINCIALE DU N.-B. EN CAS DE PANDÉMIE PROCÉDURE RELATIVE À LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB), agira pour le compte du ministère de la Santé en assurant la gestion du processus de demande de remboursement pour les pharmacies communautaires demandant le remboursement des frais de délivrance associés à la délivrance du stock d'antiviraux en cas de pandémie, pour les patients ayant une ordonnance valide **pour une cure de cinq jours**, (et pour qui le médecin prescripteur a déterminé que l'utilisation d'un antiviral provenant de la réserve provinciale est indiqué). D'autres renseignements seront communiqués lorsque le stock sera mis en commerce.

Un plan C du PMONB a été mis en place temporairement pour la saison grippale. L'avis concernant la fin du Plan C sera diffusé dans un bulletin émis ultérieurement. À des fins de facturation, la procédure suivante devra être suivie lorsqu'un patient présente une ordonnance d'oseltamivir (Tamiflu®) :

- Un profil de patient devra être établi pour tout prestataire du PMONB. Dans le champ d'identification du patient, entrez l'identifiant générique 999999999. *Nota* : Cette consigne s'applique également aux prestataires du PMONB.
- Dans le champ Plan, entrez « C ».
- Dans le champ Coût du médicament, entrez zéro (0).
- Dans le champ Frais de délivrance, entrez 9,40 \$ pour les comprimés d'oseltamivir (Tamiflu®) et 14,40 \$ pour la suspension composée d'oseltamivir (Tamiflu®) (les médecins délivrant le médicament recevront un remboursement de 80 % des frais applicables.)

* On demande aux patients en pédiatrie de prendre des comprimés de 30 mg et de 45 mg dans la mesure du possible. Le stock d'antiviraux pandémiques provinciaux ne contient pas la suspension orale fabriquée commercialement oseltamivir (Tamiflu®). Les pharmaciens peuvent, de façon improvisée, composer une suspension de 15 mg/ml, selon les instructions dans la monographie de produit, pour les patients adultes ou enfants qui ont de la difficulté à avaler des comprimés ou lorsqu'une dose inférieure est indiquée :

http://www.rochecanada.com/portal/eipf/ca/portal/roche/consumer_information.jsessionid=KIX2hJpc6hXp8gQ1mb6RSpV5WLVf2LVhpZsDN2CrZGvC1JC2Q64M!792815078?paf_gear_id=17700009&paf_pagelid=re7191019&glossary_id=static/glossary/re7300002/re77300002/re77300003/re753001/Definition_01049.content

Nota : La mesure provisoire de Santé Canada permet l'utilisation étendue d'oseltamivir comme traitement ou comme prophylaxie pour les enfants de moins d'un an, pour toute infection causée par le virus pandémique H1N1 2009. Cela n'est pas compris dans la monographie de produit. Pour plus de renseignements, consultez le site Internet suivant :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/guidance-orientation-07-20-fra.php>

Prophylaxie durant une épidémie de grippe dans les établissements fermés après l'annonce de la réserve d'antiviraux contre la pandémie

En cas d'épidémie de grippe dans un établissement fermé comme un établissement de soins de longue durée ou un établissement correctionnel, la réserve provinciale d'antiviraux contre la pandémie peut être distribuée pour **la prophylaxie** si les conditions suivantes sont atteintes :

- Le médecin traitant ou le médecin-conseil ou médecin résident consultera le médecin-conseil en santé publique pour déterminer si la cause de l'épidémie est, ou est crue être, causée par la grippe.
- Si l'on détermine que la cause de l'épidémie est, ou est probablement, la grippe, le médecin-conseil en santé publique émettra des recommandations générales concernant l'utilisation prophylactique d'oseltamivir (Tamiflu®) au sein de l'établissement. La responsabilité des décisions de traitement pour chacun des résidents durant l'épidémie demeure celle du médecin traitant.
- Si la prophylaxie antivirale est recommandée par le médecin-conseil en santé publique, le médecin-conseil ou médecin résident de l'établissement ou un membre désigné du personnel de l'établissement avisera le pharmacien afin de permettre suffisamment de temps pour assurer la distribution de la quantité d'antiviraux requise.

Processus de couverture d'antiviraux pour la prophylaxie

- Avant la délivrance pour la prophylaxie des antiviraux de la réserve provinciale contre la pandémie, le pharmacien doit documenter qu'une épidémie de grippe a été déclarée.
- Les procédures relatives à la demande de remboursement sont les mêmes que celles déjà annoncées dans le Bulletin numéro 770 (http://www.gnb.ca/0212/pdf/NBPDP_Bulletin/NBPDPBulletin770AntiviralStockpileReleaseOctober16.2009French.pdf) sous le régime C temporaire du PMONB comme ci-dessous :
 - Le profil du patient devra être établi comme pour tout bénéficiaire du PMONB. Dans le champ d'identification du patient, saisissez l'ID générique 999999999. Nota : Ceci s'applique également aux bénéficiaires du PMONB.
 - Dans le champ du régime, saisissez « C ».
 - Dans les champs relatifs au coût du médicament, saisissez zéro.
 - Dans le champ relatif aux frais de dispensation d'ordonnance, indiquez 9,40 \$ pour les comprimés d'oseltamivir (Tamiflu®) et 14,10 \$ pour les préparations magistrales* d'oseltamivir (Tamiflu®).

Bulletin n° 774

Le 27 octobre 2009

Les demandes d'autorisation spéciale des pharmaciens du N.-B. sont maintenant admissibles en vertu du PMONB

Tel qu'annoncé dans le bulletin PMONB n° 735, le règlement de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance* a été modifié afin d'inclure les pharmaciens à la définition de prescripteur. Le bulletin expliquait également les procédures à suivre pour soumettre les demandes de règlement pour les médicaments admissibles au remboursement prescrits par les pharmaciens.

Pour faire suite à l'ajout des pharmaciens à titre de prescripteur, nous avons révisé les procédures et les politiques relatives aux autorisations spéciales du PMONB afin qu'elles tiennent compte des demandes d'autorisation spéciale soumises par les pharmaciens.

Procédures relatives à la soumission des demandes d'autorisation spéciale par les pharmaciens

Afin d'identifier correctement la source d'une demande d'autorisation spéciale, les pharmaciens devront soumettre des renseignements à l'aide d'un formulaire de demande normalisé. Une copie de ce formulaire est jointe au bulletin et il est également possible d'en obtenir une en ligne à l'adresse http://www.gnb.ca/0212/pdf/special_auth/Special%20Authorization%20Fillable%20Request%20Form%20Oct%202009French.pdf. Ce formulaire peut être rempli à la main ou en ligne à l'aide du formulaire électronique qui doit être imprimé et envoyé au PMONB.

Les pharmaciens ont l'obligation de remplir le formulaire normalisé pour soumettre des demandes d'autorisation spéciale. On encourage également les autres prescripteurs à utiliser ce formulaire, bien qu'ils ne soient pas obligés de le faire pour l'instant, afin d'assurer le traitement rapide des demandes.

Renseignements à inclure dans la demande

Les renseignements suivants doivent être inclus dans la demande d'autorisation spéciale :

- Renseignements sur le demandeur
En tant que demandeur de l'autorisation spéciale, le pharmacien doit indiquer son nom, son numéro d'immatriculation de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, son adresse, ainsi que son numéro de téléphone et de télécopieur dans les espaces fournis à cet effet sur le formulaire. *Veillez prendre note que tout suivi ou toute correspondance au sujet de la demande d'autorisation spéciale sera envoyé au demandeur en fonction des coordonnées fournies sur le formulaire de demande normalisé.*
- Identification du patient
 - Nom du patient
 - Numéro d'assurance-maladie (N.-B.)
 - Date de naissance
- Médicament demandé
 - Nom du médicament, dosage et posologie
 - Calendrier de posologie
 - Durée prévue du traitement
- Raison de la demande
 - Diagnostic et/ou indication pour lesquels ce médicament est utilisé.
 - Renseignements concernant les médicaments utilisés auparavant ainsi que la réponse du patient à la thérapie (le cas échéant).
 - Tout renseignement supplémentaire pouvant aider à la prise de décision quant à la demande d'autorisation spéciale.

Évaluation de la demande

Les demandes seront évaluées en fonction des mêmes critères et normes qui s'appliquent aux demandes provenant des autres prescripteurs.

Comme c'est le cas pour les autres groupes de prescripteurs, on s'attend à ce que les pharmaciens respectent leur champ d'activité lorsqu'ils soumettent les demandes d'autorisation spéciale. Les demandes des pharmaciens pour des narcotiques ou des médicaments contrôlés ne seront pas acceptées.

Médicaments admissibles par l'entremise d'une autorisation spéciale :

- Les médicaments figurant sur la liste des avantages nécessitant une autorisation spéciale doivent répondre à des critères précis pour être approuvés. Ces médicaments sont énumérés en ordre alphabétique par nom générique dans le

Formulaire du PMONB disponible en ligne à <http://www.gnb.ca/0212/NBPDPFormulary-f.asp>.

- Dans des circonstances exceptionnelles, des demandes pour des médicaments sans critère précis peuvent être étudiées au cas par cas et évaluées selon les preuves médicales publiées.

Médicaments non admissibles par l'entremise d'une autorisation spéciale :

- Les nouveaux médicaments n'ayant pas encore été évalués par le comité consultatif d'experts-conseils.
- Les médicaments exclus des avantages réguliers à la suite de l'étude et des recommandations du comité consultatif d'experts-conseils.
- Les médicaments qui n'ont pas été autorisés au Canada ou qui ne sont pas offerts sur le marché canadien (p. ex., les médicaments obtenus grâce au Programme d'accès spécial de Santé Canada).
- Les produits spécifiquement exclus des avantages et identifiés sur la liste d'exclusion (Formulaire page IV et V).

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

**Plan de médicaments sur ordonnance du
Nouveau-Brunswick (PMONB)
FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE**

Veuillez remplir toutes les sections requises aux fins de traitement rapide de la demande

Date : JJ/MM/AAAA		
RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT		
Nom de famille du patient :	Prénom :	Initiale :
Numéro d'assurance-maladie ou d'ID du PMONB :	Date de naissance : JJ/MM/AAAA	
Adresse municipale :		
Case postale :	Ville :	Code postal :
MÉDICAMENT DEMANDÉ		
Nom du médicament/Dosage/Posologie :	Calendrier de posologie :	Durée prévue du traitement :
Diagnostic/Indication/Raison de utilisation :		
Pharmacothérapie précédente pertinente :		
Autres renseignements pertinents :		
RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR		VEUILLEZ RETOURNER À :
Adresse du demandeur :	Demandeur : Numéro d'immatriculation : (p. ex., CMCNB, AIINB, OPhNB, etc.) Numéro de télécopieur :	PMONB – Unité d'autorisation spéciale C.P 690 644, Main Street Moncton (N.-B.) E1C 8M7 Renseignements : 1-800-332-3691 Télécopieur (local) : 506-867-4872 Télécopieur (sans frais) : 1-888-455-8322
Signature du demandeur :		

Bulletin n° 775

Le 6 novembre 2009

CHANGEMENTS AUX PRODUITS ET SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du *Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick* (PMONB) entre en vigueur le 6 novembre 2009.

Ce bulletin porte sur ce qui suit :

- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.qnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

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

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.

Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Alendronate/cholécalciférol
(Fosavance®70/5600)
70 mg / comprimés de 140 µg

1. Indiqué pour le traitement de l'ostéoporose :
 - avec fracture de la fragilité documentée ; ou
 - sans fracture documentée chez les patients présentant un risque élevé de fractures sur dix ans (voir les tableaux sur le risque de fractures publiée dans le formulaire du PMONB).
2. Indiqué pour la prophylaxie de l'ostéoporose corticostéroïdienne chez les patients recevant un traitement systémique par les corticostéroïdes depuis au moins trois mois.

Solifenacin
(Vesicare®)
Comprimés de 5 mg et 10 mg
– nouvelle soumission

- Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence urinaire ou les mictions fréquentes chez les patients qui ont été intolérants a une période d'essai raisonnable avec de l'oxybutynine à libération immédiate.
- Les demandes pour le traitement de l'incontinence d'effort ne seront pas prises en considération.

Ustekinumab
(Stelara™)
45 mg / fiole de 0,5 ml pour
injection sous-cutanée

- Les demandes seront considérées pour le traitement des patients atteints de psoriasis en plaques chronique débilant d'intensité grave qui répondent à tous les critères suivants :
 - surface corporelle atteinte supérieure à 10 % ou le psoriasis couvre une partie importante du visage, des mains, des pieds ou des organes génitaux ;
 - absence de réponse, contre-indications ou intolérance à la méthotrexate et à la cyclosporine ;
 - absence de réponse ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès.
- Approbation de départ limitée à 16 semaines.
- La poursuite du traitement au-delà de 16 semaines dépendra de la réponse. Les patients qui ne répondent pas de façon adaptée à ces échéances verront leur traitement interrompu et il sera recommandé de ne pas poursuivre de thérapie avec le même agent.
- Une réponse adaptée est définie comme :
 - une réduction d'au moins 75 % de l'indice d'étendue et de gravité du psoriasis (PASI pour Psoriasis Areas Severity Index) par rapport au début du traitement (PASI 75) ;
 - une réduction d'au moins 50 % du score PASI (PASI 50) avec une amélioration d'au moins 5 points de l'indice dermatologique de qualité de vie (DLQI pour Dermatology Life Quality Index) par rapport au début du traitement ;
 - une réduction quantitative de la surface corporelle concernée en prenant en compte l'aspect qualitatif de zones spécifiques comme le visage, les mains, les pieds ou les organes génitaux.
- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation simultanée de plus d'un produit biologique ne sera pas approuvée.
- L'approbation est limitée a une dose de 45 mg administrée aux semaines 0, 4, et 16, puis toutes les 12 semaines pendant un maximum d'un an (si l'objectif de réponse au traitement est atteint après 16 semaines).

Ranibizumab (Lucentis™)
Fiole de 2,3 / 0,23 ml pour
injection intravitréenne

Protection initiale :

Indiqué pour le traitement des patients atteints de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) lorsque tous les éléments suivants s'appliquent à l'œil qui doit être traité :

- meilleur acuité visuelle avec correction entre 6/12 et 6/96 ;
- la taille de la lésion est égale à 12 surfaces de disque ou moins dans la partie linéaire la plus longue ;
- présence d'une preuve de la progression récente (< 3 mois) de la maladie présumée [croissance des vaisseaux sanguins confirmée par angiofluorographie ou tomographie par cohérence optique (TCO)] ;
- le médicament doit être administré par un ophtalmologiste qualifié ayant l'expérience des injections intravitréennes.
- L'intervalle entre les doses ne doit pas être inférieur à un mois.

La protection ne sera pas approuvée pour les patients :

- qui ont des dommages permanents à la rétine, tel que défini par les lignes directrices du Royal College of Ophthalmology ;
- qui suivent actuellement un traitement avec de la vertéporfine.

Maintien de la protection :

Le traitement avec le ranibizumab doit être poursuivi seulement chez les personnes qui maintiennent une réponse adéquate au traitement.

L'administration de ranibizumab doit être arrêtée de façon permanente si une des réactions suivantes se produit :

- réduction de l'acuité visuelle parfaite avec correction de l'œil traité à moins de 15 lettres (absolue), lors de deux visites consécutives, attribuable à la DMLA en l'absence d'une autre pathologie ;
- perte de 30 lettres ou plus de l'acuité comparativement au niveau de base ou meilleur antécédent enregistré car cela pourrait indiquer un effet faible du traitement, des effets contraires ou les deux.
- Il y a preuve de détérioration de la morphologie de la lésion malgré un traitement optimum de trois visites consécutives.

Le PMONB limitera le remboursement à un maximum de 1 fiole de ranibizumab par œil traité par période de 30 jours. Les demandes de règlement soumises pour plus d'une fiole, ou soumises moins de 30 jours après la demande précédente ne seront pas remboursées.

Demandes de règlement en pharmacie :

Les demandes de règlement soumises par les pharmacies aux fins de remboursement de Lucentis doivent être facturées **par fiole**. Il s'agit là d'une exception aux normes de quantité des demandes de règlement soumises indiquée dans le bulletin 749 du PMONB du 14 avril 2009.

Lucentis est fourni par le fabricant en fioles de 2,3 mg/0,23 mL. Toutefois, le message CPhA3 pour la soumission en ligne des demandes de règlement permet la transmission de quantités à une décimale près seulement. Comme une fiole de 0,23 mL ne peut pas être analysée à deux décimales près, ce produit doit être présenté par fiole.

Bulletin n° 777

Le 9 décembre 2009

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 9 décembre 2009.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux services assurés habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Autorisations spéciales – Processus révisé**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Pour faire ajouter votre nom à la liste de l'avis électronique des bulletins ou l'enlever, veuillez envoyer un message à BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composez le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

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

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Ajouts relatifs aux services assurés habituels

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabriquant	Régimes	\$
Candésartan cilexétel					
Co. Oral 32 mg	Atacand®	2311658	AZE	AIEFGVW	PAR
Céfuroxime axétil					
Susp. Oral 125 mg/5 L	Ceftin® Suspension	2212307	GSK	ABIEFGVW	PAR

Ajouts relatifs aux services assurés habituels – Régime W (l'hôpital extra-mural)

Céfoxitine sodique					
Pds Inj. Flacon de 1 g		2128187			
Flacon de 2 g	Cefoxitin pour injection	2128195	NOP	W	PAR
Flacon de 10 g		2240773			
Lévofoxacine					
Co. Oral 250 mg	Levaquin®	2236841	JAN		
	Novo-Levofoxacin	2248262	NOP		
	Apo-Levofoxacin	2284707	APO		
	Co-Levofoxacin	2315424	COB	W	PAM
	Mylan-Levofoxacin	2313979	MYL		
	pms-Levofoxacin	2284677	PMS		
	Sandoz-Levofoxacin	2298635	SDZ		
	Levaquin®	2236842	JAN		
500 mg	Novo-Levofoxacin	2248263	NOP		
	Apo-Levofoxacin	2284715	APO	W	PAM
	Co-Levofoxacin	2315432	COB		
	Mylan-Levofoxacin	2313987	MYL		
	pms-Levofoxacin	2284685	PMS		
	Sandoz-Levofoxacin	2298643	SDZ		
	Levaquin®	2246804	JAN		
750 mg	Apo-Levofoxacin	2325942	NOP		
	Co-Levofoxacin	2315440	APO	W	PAM
	Novo-Levofoxacin	2285649	COB		
	pms-Levofoxacin	2305585	PMS		
	Sandoz-Levofoxacin	2298651	SDZ		
Liq. Inj. 5 mg/mL	Levaquin® pour injection	2236839	JAN	W	PAR
Darifénacine					
Co. Oral 7,5 mg	Enablex®	2273217	NVR	W	PAR
15 mg		2273225			
Trospium					
Comp. Oral 20 mg	Trosec®	2275066	SEP	W	PAR
Solifénacine					
Co. Oral 5 mg	Vesicare®	2277263	ASL	W	PAR
10 mg		2277271			

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Tacrolimus (Protopic®)
Onguent 0,1 % -nouvelle demande

Pour le traitement de la dermatite atopique modérée à grave chez les adultes qui ont échoué une thérapie de corticostéroïdes avec dosage approprié au site (p ex., puissance faible pour le visage comparativement à une puissance intermédiaire à élevée pour l'extrémité des membres) ou qui y sont intolérants.

AUTORISATION SPÉCIALE – PROCESSUS RÉVISÉ

Trospium (Trosec®)
Comprimés de 20 mg

Indiqué pour le traitement de la vessie hyperactive avec symptômes de fréquence mictionnelle, d'urgence mictionnelle or d'incontinence d'urgence chez les patients qui n'ont pas toléré un essai raisonnable avec de l'oxybutynine à libération immédiate. Les demandes relatives au traitement de l'incontinence urinaire d'effort ne seront pas examinées.

Darifénacine (Enablex®)
Comprimés de 7,5 mg et 15 mg

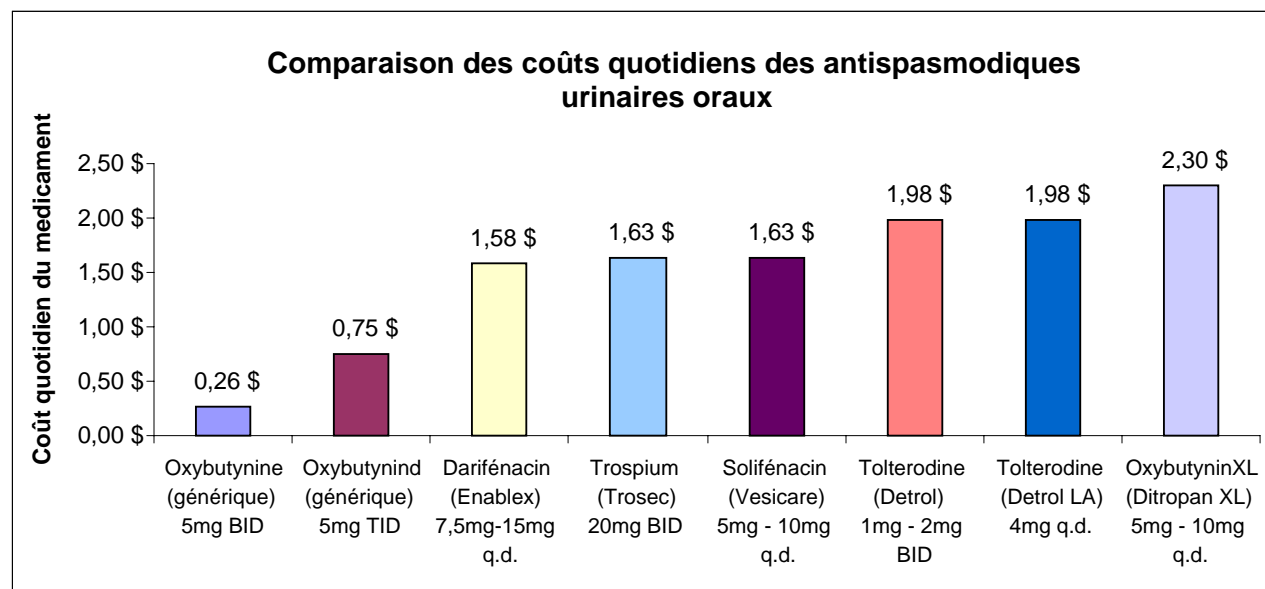
Processus révisé :

Solifénacine (Vesicare®)
Comprimés de 5 mg et de 10 mg

Le processus d'autorisation spéciale pour les antispasmodiques urinaires darifénacine, solifénacine et trospium a été facilité dans le cadre d'un projet pilote de trois ans afin de permettre l'approbation d'une autorisation spéciale par l'entremise du système d'analyse des demandes de règlement en temps réel.

Si le bénéficiaire a fait une demande de règlement pour de l'oxybutynine dans les précédents 24 mois, le système pour la soumission en ligne des demandes de règlement reconnaîtra cette information et la demande pour du trospium, de la darifénacine ou de la solifénacine sera remboursée automatiquement sans avoir à faire une demande écrite d'autorisation spéciale.

Les autorisations spéciales écrites continueront d'être offertes à titre optionnel pour les bénéficiaires qui n'ont peut-être pas utilisé d'agent de première ligne en raison des changements à l'assurance-médicaments ou d'autres facteurs.



AUTORISATION SPÉCIALE – PROCESSUS RÉVISÉ (SUITE)

Lévofloxacine (*Levaquin*[®] et génériques)

Comprimés de 250 mg et
500 mg

Moxifloxacine (*Avelox*[®]) Comprimés de 400 mg

Dans le cadre de la planification en cas de pandémie de la saison de la grippe H1N1 2009, les quinolones respiratoires lévofloxacine et la moxifloxacine seront offerts *sans* autorisation spéciale **jusqu'à concurrence de 14 comprimés sur une période de 6 mois**. Cette mesure temporaire a pour but de veiller à ce que les patients atteints d'une infection bactérienne secondaire des voies respiratoires, telle qu'une pneumonie post-virale, soient traités en temps opportun et d'assurer la continuation de la thérapie après le congé de l'hôpital des patients.

Une autorisation spéciale sera requise pour un traitement subséquent au-delà des 14 comprimés sur une période de 6 mois.

La date de fin de ce processus temporaire sera communiquée dans un bulletin à venir peu avant la fin de la saison de la grippe.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

L'examen du produit suivant a révélé qu'il n'offrait pas d'avantage thérapeutique.

Nifédipine + AAS

(*Adalat*[®]*XL*[®]*Plus*)

Comprimés de 20 mg, 30 mg,
40 mg + 81 mg de AAS