

Bulletin n° 614

Le 26 janvier 2005

MODIFICATIONS DES AVANTAGES DU PMONB

Cette mise à jour du Formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 26 janvier 2005.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux avantages habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments examinés, mais non inscrits**

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@atl.bluecross.ca ou composer le 1 800 332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

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

Veillez agréer mes salutations distinguées.

Debbie LeBlanc
Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/ Dosage	Marque de commerce	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Clarithromycine					
Pds Orl 125 mg/5 ml 150 mg/5 ml	Biaxin^{MD}	2146908 2244641	ABB	ABEFGVW	PAR
Desmopressine					
Co Orl 0,1 mg 0,2 mg	DDAVP^{MD}	824305 824143	FEI	EFG âgés de moins de 18 ans	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Fludarabine
(*Fludara^{MD}*)
Comprimés de 10 mg

Pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) des patients dont le rendement de l'ECOG est de 0-2* dans les cas suivants :

- le patient ne répond pas à la thérapie ou il a fait une rechute pendant ou après une thérapie antérieure avec un agent alkylant.
- L'administration intraveineuse n'est pas recommandée.

* Patients qui ne présentent pas de symptômes ou qui présentent des symptômes et sont alités moins de 50 % du temps.

Lévétiracétam
(*Keppra^{MD}*)
Comprimés de 250 mg, 500 mg
et 750 mg

Traitement adjuvant des patients épileptiques dont les crises ne sont pas contrôlées de manière satisfaisante par les traitements classiques.

Olanzapine
(*Zyprexa^{MD}*)
Comprimés de 2,5 mg, 5 mg,
7,5 mg, 10 mg et 15 mg
(*Zyprexa Zydys^{MD}*)
Comprimés de 5 mg et 10 mg

Nouvelle indication ajoutée aux critères existants :

- traitement actif d'épisodes maniaques ou mixtes du trouble bipolaire 1.

L'avis d'un psychiatre est recommandé avant le début du traitement. Ce produit est offert à titre de médicament habituellement assuré s'il est prescrit par un psychiatre du Nouveau-Brunswick. Une autorisation spéciale ne sera pas nécessaire pour les renouvellements subséquents prescrits par d'autres omnipraticiens.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Oxcarbazépine

(*Trileptal*^{MD})

Comprimés de 150 mg, 300 mg
et 600 mg

Suspension de 60 mg/ml

Traitement de l'épilepsie pour les patients qui ne répondent pas adéquatement ou qui sont intolérants à au moins trois antileptiques, y compris la carbamazépine.

Thyrotropine alpha

(*Thyrogène*^{MD})

Injection de 0,9 mg/ml

Évaluation continue des patients atteints du cancer de la thyroïde, qui ont subi les interventions chirurgicales ou un suivi médical adéquats et requièrent une surveillance afin de dépister toute rechute possible ou maladie métastatique, y compris :

Le patient ne répond pas ou a fait une rechute lors des situations suivantes :

- l'utilisation principale chez les patients dont le taux de TSH endogène n'augmente pas suffisamment (≥ 25 mu/l) en réponse au sevrage hormonal;
- l'utilisation principale chez les patients qui souffrent d'un cas des comorbidités suivant et pour lesquels l'hypothyroïdie mettrait la vie en danger :
 - angine instable ;
 - infarctus du myocarde récent ;
 - insuffisance cardiaque de type III ou IV ;
 - maladie psychiatrique non contrôlée ;
 - autre condition médicale pour laquelle le sevrage hormonal pourrait porter atteinte à la vie ;
- l'utilisation secondaire chez les patients qui ont souffert antérieurement d'un événement qui aurait mis la vie en danger à la suite d'un manque d'hormones thyroïdiennes.

Peginterféron alfa-2a

(*Pegasys*^{MD})

Seringues préremplies avec
180 mcg/0,5 ml

Format injectable de 180 mcg/ml

Les demandes de spécialistes en médecine interne seront examinées pour le traitement de l'hépatite chronique C (ARN positif du virus de l'hépatite C) pour les patients qui ne peuvent tolérer la ribavirine.

- Une couverture initiale de 24 semaines sera approuvée pour tous les patients. Une couverture pour 24 semaines additionnelles sera approuvée pour les patients aux prises avec le virus de l'hépatite C de génotype 1.
- Une épreuve de dépistage de l'ARN du VHC après 24 semaines de traitement qui donne un résultat positif indique qu'il faut interrompre le traitement.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, MAIS NON INSCRITS SUR LA LISTE

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

Diclofénac	<i>(Pennsaid^{MD})</i>	Solution topique de 1,5 %
Méthylphénidate	<i>(Concerta^{MD})</i>	Comprimés à libération prolongée de 18 mg, 36 mg et 54 mg

Bulletin n° 617

Le 15 mars 2005

MODIFICATIONS DES AVANTAGES DU PMONB

Cette mise à jour du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 15 mars 2005.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux avantages habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments examinés, mais non inscrits**

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@atl.bluecross.ca ou composer le 1 800 332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

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

Veuillez agréer mes salutations distinguées.

Debbie LeBlanc
Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	Fabricant	Régimes	\$		
Acétate d'aluminium / Chlorure de benzéthonium							
Liquide	Otique 0,5 % / 0,03 %	Buro-Sol [®] , Solution otique	674222	TCD	AEFGVW PAR		
Poudre	Topique 0,35 % / 0,023 %	Buro-Sol [®] , Poudre	579947	TCD	AEFGVW PAR		
Chlorhydrate de diltiazem							
Capsl	Orale	120 mg	Cardizem CD [®]	2097249	BVL	V	PAM
			Ratio-Diltiazem CD [®]	2229781	RPH	V	
			Apo-Diltiaz CD [®]	2230997	APX	V	
			Nu-Diltiaz-CD [®]	2231052	NXP	V	
			Novo-Diltiazem CD [®]	2242538	NOP	V	
			Rhoxal-Diltiazem CD [®]	2243338	RHO	V	
		180 mg	Cardizem CD [®]	2097257	BVL	V	PAM
			Ratio-Diltiazem CD [®]	2229782	RPH	V	
			Apo-Diltiaz CD [®]	2230998	APX	V	
			Nu-Diltiaz-CD [®]	2231053	NXP	V	
			Novo-Diltiazem CD [®]	2242539	NOP	V	
			Rhoxal-Diltiazem CD [®]	2243339	RHO	V	
		240 mg	Cardizem CD [®]	2097265	BVL	V	PAM
			Ratio-Diltiazem CD [®]	2229783	RPH	V	
			Apo-Diltiaz CD [®]	2230999	APX	V	
			Nu-Diltiaz-CD [®]	2231054	NXP	V	
			Novo-Diltiazem CD [®]	2242540	NOP	V	
			Rhoxal-Diltiazem CD [®]	2243340	RHO	V	
		300 mg	Cardizem CD [®]	2097273	BVL	V	PAM
			Ratio-Diltiazem CD [®]	2229784	RPH	V	
			Apo-Diltiaz CD [®]	2229526	APX	V	
Novo-Diltiazem CD [®]	2242541		NOP	V			
Rhoxal-Diltiazem CD [®]	2243341		RHO	V			
Métronidazole							
Crème	Topique	1 %	Rosasol Crème [®]	2242919	STI	AEFV	PAR
Fuorate de mométasone							
Aem	Nasale	50 mcg	Nasonex [®]	2238465	SCH	EFG âgés de moins de 12 ans	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	Fabricant	Régimes	\$		
<u>Inhibiteurs de l'ECA</u>							
Fosinopril sodique							
Comprimé	Orale	10 mg	Monopril®	1907107	BRI	AEFGVW	PAM
			Novo-Fosinopril®	2247802	NOP	AEFGVW	
		20 mg	Monopril®	1907115	BRI	AEFGVW	PAM
			Novo-Fosinopril®	2247803	NOP	AEFGVW	
Perindopril erbumine							
Comprimé	Orale	2 mg	Coversyl®	2123274	SEV	AEFGVW	PAR
		4 mg	Coversyl®	2123282	SEV	AEFGVW	PAR
Perindopril erbumine / Indapamide							
Comprimé	Orale	4 mg / 1,25 mg	Coversyl® Plus	2246569	SEV	AEFGVW	PAR
Chlorhydrate de quinapril							
Comprimé	Orale	5 mg	Accupril®	1947664	PFI	AEFGVW	PAR
		10 mg	Accupril®	1947672	PFI	AEFGVW	PAR
		20 mg	Accupril®	1947680	PFI	AEFGVW	PAR
		40 mg	Accupril®	1947699	PFI	AEFGVW	PAR
Chlorhydrate de quinapril / Hydrochlorothiazide							
Comprimé	Orale	10 mg / 12,5 mg	Accuretic®	2237367	PFI	AEFGVW	PAR
		20 mg / 12,5 mg	Accuretic®	2237368	PFI	AEFGVW	PAR
		20 mg / 25 mg	Accuretic®	2237369	PFI	AEFGVW	PAR
Trandolapril							
Capsule	Orale	1 mg	Mavik®	2231459	ABB	AEFGVW	PAR
		2 mg	Mavik®	2231460	ABB	AEFGVW	PAR
		4 mg	Mavik®	2239267	ABB	AEFGVW	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	Fabricant	Régimes	\$
<u>Médicaments contre le VIH et le SIDA</u>							
Sulphate d'abacavir							
Comprimé	Orale	300 mg	Ziagen [®]	2240357	GSK	U	PAR
Liquide	Orale	20 mg / ml	Ziagen [®]	2240358	GSK	U	PAR
Sulphate d'abacavir / Lamivudine / Zidovudine							
Comprimé	Orale	300 mg / 150 mg / 300 mg	Trizivir [®]	2244757	GSB	U	PAR
Amprenavir							
Capsule	Orale	50 mg	Agenerase [®]	2243541	GSK	U	PAR
		150 mg	Agenerase [®]	2243542	GSK	U	PAR
Liquide	Orale	15 mg / ml	Agenerase [®]	2243543	GSK	U	PAR
Didanosine							
Capsule	Orale	125 mg	Videx [®] EC	2244596	BRI	U	PAR
		200 mg	Videx [®] EC	2244597	BRI	U	PAR
		250 mg	Videx [®] EC	2244598	BRI	U	PAR
		400 mg	Videx [®] EC	2244599	BRI	U	PAR
Poudre	Orale	10 mg / ml	Videx [®] , Solution orale	1940635	BRI	U	PAR
Éfavirenz							
Capsule	Orale	50 mg	Sustiva [®]	2239886	BRI	U	PAR
		100 mg	Sustiva [®]	2239887	BRI	U	PAR
		200 mg	Sustiva [®]	2239888	BRI	U	PAR
Comprimé	Orale	600 mg	Sustiva [®]	2246045	BRI	U	PAR
Lopinavir/Ritonavir							
Capsule	Orale	133,3 mg / 33,3 mg	Kaletra [®]	2243643	ABB	U	PAR
		Liquide	Orale	80 mg / ml / 20 mg / ml	Kaletra [®] , Solution orale	2243644	ABB

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Mésylate de nelfinavir					
Comprimé	Orale	250 mg	Viracept®	2238617	PFI U PAR
Poudre	Orale	50mg/gm	Viracept®	2238618	PFI U PAR
Névirapine					
Comprimé	Orale	200 mg	Viramune®	2238748	BOE U PAR
Saquinavir					
Capsule	Orale	200 mg	Fortovase®	2239083	HLR U PAR
Mésylate de saquinavir					
Capsule	Orale	200 mg	Invirase®	2216965	HLR U PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Chlorhydrate de ciprofloxacine / hydrocortisone
(Cipro CL, Solution otique®)
Suspension de 2 mg/ml/10mg/ml

Indiqué dans le traitement de l'otite externe bactérienne aiguë et diffuse lorsque le traitement au moyen d'un agent répertorié s'est avéré inefficace ou était contre-indiqué.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, MAIS NON INSCRITS SUR LA LISTE

Mésylate de delavirdine (Rescriptor®) Comprimés de 100 mg

Bulletin n° 619

Le 6 avril, 2005

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et des produits supplémentaires assujettis au prix admissible maximal (PAM).

PRODUITS AJOUTÉS :

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 3 mai 2005 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 4 mai 2005.

Pour les besoins du processus d'autorisation spéciale, des PAM ont été établis pour tous les produits interchangeables au Nouveau-Brunswick.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
May 3/05 May 4/05

Acebutolol Hydrochloride							
Acébutolol (chlorhydrate d')							
Tab	Orl	100mg	Rhoxal-Acebutolol	2257599	RHO	AEFGVW	MAP
Co.							
		200mg	Rhoxal-Acebutolol	2257602	RHO	AEFGVW	MAP
		400mg	Rhoxal-Acebutolol	2257610	RHO	AEFGVW	MAP
Ciprofloxacin Hydrochloride							
Ciprofloxacin (chlorhydrate de)							
Liq	Oph	0.3%	pms-Ciprofloxacin	2253933	PMS	Spec. Auth	AAC 1.1280
Clindamycin Hydrochloride							
Clindamycine (chlorhydrate de)							
Cap	Orl	150mg	Gen-Clindamycin	2258331	GPM	AEFGVW	MAP
Caps.							
Clonidine Hydrochloride							
Clonidine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	0.025mg	Apo-Clonidine	2248732	APX	AEFGVW	AAC 0.1817
Co.							
Dexamethasone							
Dexaméthasone							
Tab	Orl	0.5mg	Apo-Dexamethasone	2261081	APX	AEFGVW	MAP
Co.							
Fluconazole							
Tab	Orl	50mg	Taro-Fluconazole	2249294	TAR	AEFGVW	MAP
Co.							
		100mg	Taro-Fluconazole	2249308	TAR	AEFGVW	MAP
Fosinopril Sodium							
Fosinopril Sodique							
Tab	Orl	10mg	Gen-Fosinopril	2262401	GPM	AEFGVW	MAP
Co.							
		20mg	Gen-Fosinopril	2262428	GPM	AEFGVW	MAP
Framycetin Sulfate/Esculin/Dibucaine Hydrochloride/Hydrocortisone Acetate							
Framycétine (sulfate d')/esculine/dibucaine (chlorhydrate de)/hydrocortisone (acétate de)							
Ont	Rt	1%/1%/0.5%/0.5%	Sab-Proctomyxin HC	2242527	SIL	AEFGVW	MAP
Supp.							
Sup	Rt	10mg/10mg/5mg/5mg	Sab-Proctomyxin HC	2242528	SIL	AEFGVW	MAP
Supp.							

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
May 3/05 May 4/05

Gabapentin							
Cap	Orl	100mg	Co-Gabapentin	2256142	COB	Spec. Auth	MAP
Caps.							
		300mg	Co-Gabapentin	2256150	COB	Spec. Auth	MAP
		400mg	Co-Gabapentin	2256169	COB	Spec. Auth	MAP
Hydrocortisone Acetate/Zinc Sulfate							
Hydrocortisone (acétate d')/zinc (sulfate de)							
Ont	Rt	0.5%/0.5%	Sab-Anuzinc HC	2247691	SIL	AEFGVW	MAP
Sup							
	Rt	10mg/10mg	Sab-Anuzinc HC	2242798	SIL	AEFGVW	MAP
Supp.							
Leflunomide							
Tab	Orl	10mg	Novo-Leflunomide	2261251	NOP	Spec. Auth	MAP
Co.							
		20mg	Novo-Leflunomide	2261278	NOP	Spec. Auth	MAP
Ofloxacin							
Ofloxacin							
Liq	Oph	0.3%	pms-Ofloxacin	2252570	PMS	Spec. Auth	MAP
Omeprazole							
Oméprazole							
Cap	Orl	20mg	Apo-Omeprazole	2245058	APX	Spec. Auth	AAC 1.2500
Caps.							
Paroxetine							
Tab	Orl	20mg	Rhoxal-Paroxetine	2254751	RHO	AEFGVW	MAP
Co.							
		30mg	Rhoxal-Paroxetine	2254778	RHO	AEFGVW	MAP
Pramoxine Hydrochloride/Hydrocortisone Acetate/ Zinc Sulfate							
Pramoxine (chlorhydrate de)/hydrocortisone (acétate d')/ zinc (sulfate de)							
Ont	Rt	1%/0.5%/0.5%	Sab-Anuzinc HC Plus	2247692	SIL	AEFGVW	MAP
Sup							
	Rt	20mg/10mg/10mg	Sab-Anuzinc HC Plus	2242797	SIL	AEFGVW	MAP
Supp.							
Terbinafine Hydrochloride							
Terbinafine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	250mg	Co-Terbinafine	2254727	COB	Spec. Auth	MAP
Co.							

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
May 3/05 May 4/05

Tizanidine Hydrochloride							
Tizanidine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	4mg	Apo-Tizanidine	2259893	APX	Spec. Auth	AAC 0.5106
Co.							
Zopiclone							
Tab	Orl	5mg	Rhoxal-Zopiclone	2257572	RHO	AEFVW	MAP
Co.							
		7.5mg	Rhoxal-Zopiclone	2257580	RHO	AEFVW	MAP

ADDITIONAL PRODUCTS SUBJECT TO MAP / PRODUITS SUPPLÉMENTAIRES ASSUJETIS AUX PAM

to MAP
May 3/05 May 4/05

Clindamycin Hydrochloride							
Clindamycine (chlorhydrate de)							
Cap	Orl	300mg	Gen-Clindamycin	2258358	GPM	Spec. Auth	MAP
Caps							
Gliclazide							
Tab	Orl	80mg	Rhoxal-Gliclazide	2254719	RHO	Spec. Auth	MAP
Co.							
Levofloxacin							
Levofloxacin							
Tab	Orl	250mg	Novo-Levofloxacin	2248262	NOP	Spec. Auth	AAC 3.1080
Co.							
		500mg	Novo-Levofloxacin	2248263	NOP	Spec. Auth	AAC 3.5070

Bulletin n° 624

Le 31 mai 2005

MODIFICATIONS DES AVANTAGES DU PMONB

Cette mise à jour du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 31 mai 2005.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux avantages habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments examinés, mais non inscrits**

Numéro de télécopieur de l'Unité d'autorisation spéciale

Veillez vous assurer que les demandes d'autorisation spéciale (AS) sont envoyées au bon numéro de télécopieur. Certaines télécopies ont été envoyées au mauvais numéro de télécopieur en composant le 1 800 plutôt que le **1 888**.

Numéro de télécopieur local pour AS : (506) 867-4872
Numéro de télécopieur sans frais pour AS : **1 888** 455-8322

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, veuillez envoyer un message à l'adresse BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou composer le 1 800 332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur le site Web du PMONB à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

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

Veillez agréer mes salutations distinguées.

Debbie LeBlanc
Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	Fabricant	Régimes	\$	
Atazanavir						
Capsule	Orale	150 mg	Reyataz [®]	2248610	BRI	U PAR
		200 mg	Reyataz [®]	2248611	BRI	U PAR
Lamivudine						
Comprimé	Orale	300 mg	3TC [®]	2247825	GSB	U PAR
Mirtazapine						
Comprimé	Orale	15 mg	Remeron RD [®]	2248542	ORG	AEFGVW PAR
		30 mg	Remeron RD [®]	2248543	ORG	AEFGVW PAR
		45 mg	Remeron RD [®]	2248544	ORG	AEFGVW PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Maléate d'almotriptan
(Axert[®])
Comprimés de 6,25mg
et de 12,5mg

1. Indiqué pour le traitement de la migraine pour les patients chez qui on a établi un diagnostic catégorique de migraine avec ou sans aura en fonction des directives canadiennes en vigueur.
2. L'approbation initiale pour les personnes qui n'ont jamais été traitées au moyen d'un « triptan » se limitera à une quantité égale à trois jours de traitement par mois à dose maximale pendant deux mois. Si le traitement a réussi, l'autorisation spéciale peut être renouvelée pour une période maximale de 12 mois.

Nota : La possibilité d'administrer un traitement prophylactique de la migraine aux patients souffrant de trois migraines graves ou plus par mois doit être examinée.

Les autorisations spéciales pour l'almotriptan en comprimés de 6,25mg et de 12,5mg, le naratriptan en comprimés de 1mg et de 2,5mg, le sumatriptan en comprimés de 100mg, le sumatriptan en vaporisateur nasal de 20mg et le zolmitriptan en comprimés de 2,5mg seront examinées comme un ensemble. Les approbations comprendront tous les produits figurant dans cette liste ; toutefois, un remboursement sera offert pour une quantité maximale d'un agent par mois.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Chlorydrate de méthadone

(*Metadol*[®])

Comprimés de 1mg, 5mg, 10mg et 25mg

- Les demandes de médecins du Nouveau-Brunswick autorisés à prescrire de la méthadone pour le traitement de la douleur grave liée au cancer ou de la douleur chronique bénigne seront examinées.
- Les demandes ne seront pas examinées pour le traitement de la dépendance aux opiacés.

Méthadone

Solution orale en préparation

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

1. Indiqué pour le traitement de la douleur grave liée au cancer ou de la douleur chronique bénigne comme solution de rechange à d'autres opiacés.
2. Indiqué pour le traitement de la dépendance aux opiacés comme adjuvant aux interventions psychosociales.

Toutes les demandes doivent respecter les exigences précisées dans les politiques de remboursement du PMONB concernant la méthadone.

Toltérodine

(*Detrol*[®] LA - anciennement *Unidet*[®])

Capsules de 2mg et de 4mg

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

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Oxybutynine

(*Ditropan XL*[®])

Comprimés de 5mg et 10mg

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

Toltérodine

(*Detrol*[®])

Comprimés de 1mg et de 2mg

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Formotérol

(Foradil®)

Capsules administrées par inhalation de 12mcg

(Oxeze®)

Inhalation par Turbuhaler de 6mcg et de 12mcg

Salmétérol

(Serevent®)

Aérosol-doseur de 25mcg

Diskus de 50mcg

Formotérol/Budésonide

(Symbicort®)

Aérosol-doseur de 6mcg/100mcg

et de 6mcg/200mcg

Salmétérol/Fluticasone

(Advair®)

Aérosol-doseur de 25/125 mcg et de 25/250 mcg

Inhalateur de poudre sèche Diskus de 50/100 mcg, de 50/250 mcg et de 50/500 mcg

On a révisé les critères pour inclure :

- Indiqué pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée à grave, comme le définit la Société canadienne de thoracologie*, si un patient continue d'éprouver des symptômes après un essai approprié d'ipratropium (4 inhalations qid pendant 2 à 4 mois) et l'utilisation appropriée d'un agoniste bêta 2 à action rapide, révélateur d'un faible contrôle.

Les demandes relatives à un traitement simultané au moyen d'agonistes bêta 2 à action prolongée et de tiotropium ne seront pas examinées.

On a révisé les critères pour inclure :

- Indiqué pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée à grave, comme le définit la Société canadienne de thoracologie*, si un patient continue d'éprouver des symptômes après un essai approprié d'ipratropium (4 inhalations qid pendant 2 à 4 mois) et l'utilisation appropriée d'un agoniste bêta 2 à action rapide, révélateur d'un faible contrôle.

Les demandes seront examinées pour les patients dont la maladie est très avancée et qui souffrent d'exacerbations fréquentes (c.-à-d. 3 fois ou plus par année, ce qui les obligent notamment à prendre des corticostéroïdes oraux) et qui utilisent déjà un agoniste bêta 2 à action prolongée et un corticostéroïde inhalé séparément.

Les demandes relatives à un traitement simultané au moyen d'agonistes bêta 2 à action prolongée et de tiotropium ne seront pas examinées.

* Classification de la BPCO de la Société canadienne de thoracologie :

- Modérée : Essoufflement causé par la BPCO, ce qui force le patient à cesser de marcher après environ 100 mètres (ou après quelques minutes) sur une surface plane ou VEMS₁ prévu de 40 à 59 %, rapport VEMS₁/CVF < 0,7.
- Sévère : Essoufflement causé par la BPCO, ce 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 (cœur droit) ou VEMS₁ prévu à < 40 %, rapport VEMS₁/CVF < 0,7.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Imatinibe
(*Gleevec*[®])
Capsules de 100 mg

On a révisé les critères pour inclure une indication en cas de leucémie myéloïde chronique récemment diagnostiquée.

Les demandes provenant de spécialistes en hématologie ou en oncologie seront prises en considération relativement :

1. Aux patients ayant présenté des signes de leucémie myéloïde chronique (LCM) avec chromosome Philadelphie positif (Ph+) dont le rendement de l'ECOG varie de 0 à 2*.
2. Patients atteints de tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) métastatique ou à progression localisée avec récepteur c-kit positif (CD117) inopérables, dont le rendement de l'ECOG varie de 0 à 2*.

* Patients qui ne présentent pas de symptômes ou qui présentent des symptômes et sont alités moins de 50 % du temps.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, MAIS NON INSCRITS SUR LA LISTE

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

Gefitinib	(<i>Iressa</i> [®])	comprimés de 250 mg
Chlorydrate de méthadone	(<i>Metadol</i> [®])	solution de 1 mg/ml, concentré oral de 10 mg/ml
Multivitamines et minéraux	(<i>Pregvit</i> [®])	comprimés
Norelgestromine / éthinyloestradiol	(<i>Evra</i> [®])	système transdermique de 6 mg/0,6 mg

Bulletin n° 626

Le 17 juin, 2005

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et des produits supplémentaires assujettis au prix admissible maximal (PAM).

PRODUITS AJOUTÉS :

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 12 juillet 2005 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 13 juillet 2005.

Pour les besoins du processus d'autorisation spéciale, des PAM ont été établis pour tous les produits interchangeables au Nouveau-Brunswick.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.

Debbie LeBlanc

Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
July 12/05 July 13/05

Acetaminophen / Oxycodone Hydrochloride

Acétaminophène / Oxycodone (chlorhydrate d')

Tab	Orl	325/5mg	ratio-Oxycocet	608165	RPH	current benefit	AAC	0.1248
-----	-----	---------	----------------	--------	-----	-----------------	-----	--------

Co.

Bupropion Hydrochloride

Bupropion (chlorhydrate d')

Tab	Orl	150mg	Novo-Bupropion SR	2260239	NOP	Spec. Auth.	AAC	0.5600
-----	-----	-------	-------------------	---------	-----	-------------	-----	--------

Co.

Cilazapril

Tab	Orl	1mg	Novo-Cilazapril	2266350	NOP	AEFGVW	AAC	0.4130
-----	-----	-----	-----------------	---------	-----	--------	-----	--------

Co.

		2.5mg	Novo-Cilazapril	2266369	NOP	AEFGVW	AAC	0.4760
--	--	-------	-----------------	---------	-----	--------	-----	--------

		5mg	Novo-Cilazapril	2266377	NOP	AEFGVW	AAC	0.5530
--	--	-----	-----------------	---------	-----	--------	-----	--------

Fosinopril Sodium

Fosinopril Sodique

Tab	Orl	10mg	Apo-Fosinopril	2266008	APX	AEFGVW	MAP	
-----	-----	------	----------------	---------	-----	--------	-----	--

Co.

		20mg	Apo-Fosinopril	2266016	APX	AEFGVW	MAP	
--	--	------	----------------	---------	-----	--------	-----	--

			pms-Fosinopril	2255952	PMS	AEFGVW	MAP	
--	--	--	----------------	---------	-----	--------	-----	--

Gabapentin

Cap	Orl	100mg	ratio-Gabapentin	2260883	RPH	Spec. Auth	MAP	
-----	-----	-------	------------------	---------	-----	------------	-----	--

Caps.

		300mg	ratio-Gabapentin	2260891	RPH	Spec. Auth	MAP	
--	--	-------	------------------	---------	-----	------------	-----	--

		400mg	ratio-Gabapentin	2260905	RPH	Spec. Auth	MAP	
--	--	-------	------------------	---------	-----	------------	-----	--

Lamotrigine

Tab	Orl	25mg	Gen-Lamotrigine	2265494	GPM	Spec. Auth	MAP	
-----	-----	------	-----------------	---------	-----	------------	-----	--

Co.

		100mg	Gen-Lamotrigine	2265508	GPM	Spec. Auth	MAP	
--	--	-------	-----------------	---------	-----	------------	-----	--

		150mg	Gen-Lamotrigine	2265516	GPM	Spec. Auth	MAP	
--	--	-------	-----------------	---------	-----	------------	-----	--

Loperamide Hydrochloride

Lopéramide (chlorhydrate d')

Tab	Orl	2mg	Rhoxal-Loperamide	2257564	RHO	AEFGVW	MAP	
-----	-----	-----	-------------------	---------	-----	--------	-----	--

Co.

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
July 12/05 July 13/05

Paroxetine							
Tab	Orl	10mg	Co-Paroxetine	2262746	COB	AEFGVW	MAP
Co.		20mg	Co-Paroxetine	2262754	COB	AEFGVW	MAP
		30mg	Co-Paroxetine	2262762	COB	AEFGVW	MAP

ADDITIONAL PRODUCTS SUBJECT TO MAP / PRODUITS SUPPLÉMENTAIRES ASSUJETIS AUX PAM

to MAP
July 12/05 July 13/05

Sotalol Hydrochloride							
Sotalol (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	80mg	Rhoxal-Sotalol	2257831	RHO	Spec. Auth	MAP
Co.							
Triamcinolone Acetonide							
Triamcinolone (acétonide de)							
Sus	Im	40mg/mL	Triamcinolone Acetonide	2229550	SIL	Spec. Auth	AAC 5.800
Sus.							

Bulletin n° 635

23 septembre 2005

MODIFICATIONS DES AVANTAGES DU PMONB

Cette mise à jour du Formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 23 septembre 2005.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux avantages habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments examinés, mais non inscrits**

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, 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 le site Web du PMONB à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

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

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Debbie LeBlanc
Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Tartrate de brimonidine 0,2 % / maléate de timolol 0,5 % Liquide Ophtalmique 0,2/0,5 %	Combigan®	2248347	ALL	AEFGVW	PAR
Perindopril erbumine Comprimé Orale 8 mg	Coversyl®	2246624	SEV	AEFGVW	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

**Peginterféron alfa 2a /
ribavirine**
(Pegasys® RBV^{MD})
Injection de 180 mcg/ml et
comprimés de 200 mg

Les demandes de spécialistes en médecine interne seront examinées pour le traitement de l'hépatite chronique C (ARN positif du virus de l'hépatite C).

- Une couverture initiale de 24 semaines sera approuvée pour tous les patients. Une couverture pour 24 semaines additionnelles sera approuvée pour les patients aux prises avec le virus de l'hépatite C de génotypes autres que les génotypes 2 et 3.
- Une épreuve de dépistage de l'ARN du VHC après 24 semaines de traitement qui donne un résultat positif indique qu'il faut interrompre le traitement.
- Il faut réserver la monothérapie à l'interféron aux patients qui ne peuvent tolérer la ribavirine.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, MAIS NON INSCRITS SUR LA LISTE

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu qu'ils n'offraient pas d'avantage thérapeutique ou au niveau des coûts par rapport aux traitements existants.

Tartrate de brimonidine	(Alphagan P®)	Solution ophtalmique à 0,15 %
Enfuvirtide	(Fuzeon®)	Flacon pour injection de 108 mg
Fumarate de disoproxil de ténofovir	(Viread®)	Comprimés de 300 mg

Bulletin n° 638

Le 24 octobre, 2005

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et des produits supplémentaires assujettis au prix admissible maximal (PAM).

PRODUITS AJOUTÉS :

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 22 novembre 2005 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 23 novembre 2005.

Pour les besoins du processus d'autorisation spéciale, des PAM ont été établis pour tous les produits interchangeables au Nouveau-Brunswick.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.

Debbie LeBlanc

Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Nov 22/05 Nov 23/05

Acetaminophen / Oxycodone HCL

Acétaminophène / Oxycodone (chlorhydrate d')

Tab	Orl	325/5mg					
Co.			pms-Oxycodone-Acetaminophen	2245758	PMS	AEFGVW	MAP

Alendronate

Tab	Orl	40mg	Co-Alendronate	2258102	COB	Spec. Auth	AAC	2.6097
Co.		70mg	Apo-Alendronate	2248730	APX	Spec. Auth	AAC	5.575
			Co-Alendronate	2258110	COB			
			Novo-Alendronate	2261715	NOP			

Atenolol

Aténolol

Tab	Orl	50mg	Ran-Atenolol	2267985	RAN	AEFGVW	MAP
Co.		100mg	Ran-Atenolol	2267993	RAN	AEFGVW	MAP

Brimonidine tartrate

Brimonidine (tartrate de)

Liq	Oph	0.2%	Apo-Brimonidine	2260077	APX	AEFV	MAP
-----	-----	------	-----------------	---------	-----	------	-----

Carvedilol

Carvédilol

Tab	Orl	3.125mg	Ran-Carvedilol	2268027	RAN	Spec. Auth	MAP
Co.		6.25mg	Ran-Carvedilol	2268035	RAN	Spec. Auth	MAP
		12.5mg	Ran-Carvedilol	2268043	RAN	Spec. Auth	MAP
		25mg	Ran-Carvedilol	2268051	RAN	Spec. Auth	MAP

Ciprofloxacin Hydrochloride

Ciprofloxacine (chlorhydrate de)

Tab	Orl	250mg	Ran-Ciprofloxacin	2267934	RAN	Spec. Auth	MAP
Co.		500mg	Ran-Ciprofloxacin	2267942	RAN	Spec. Auth	MAP
		750mg	Ran-Ciprofloxacin	2267950	RAN	Spec. Auth	MAP
Liq	Oph	0.3%	Apo-Ciproflo	2263130	APX	Spec. Auth	MAP

Citalopram Hydrobromide

Citalopram (bromhydrate de)

Tab	Orl	20mg	Ran-Citalopram	2268000	RAN	AEFGV	MAP
Co.		40mg	Ran-Citalopram	2268019	RAN	AEFGV	MAP

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Nov 22/05 Nov 23/05

Diltiazem Hydrochloride							
Diltiazem (chlorhydrate de)							
Src	Orl	120mg	Gen-Diltiazem CD	2254808	GPM	AEFGVW	MAP
Capsl.							
		180mg	Gen-Diltiazem CD	2254816	GPM	AEFGVW	MAP
		240mg	Gen-Diltiazem CD	2254824	GPM	AEFGVW	MAP
		300mg	Gen-Diltiazem CD	2254832	GPM	AEFGVW	MAP
Divalproex Sodium							
Divalproex sodique							
Ect	Orl	125mg	Gen-Divalproex	2265133	GPM	AEFGVW	MAP
Co.Ent.							
		250mg	Gen-Divalproex	2265141	GPM	AEFGVW	MAP
		500mg	Gen-Divalproex	2265168	GPM	AEFGVW	MAP
Domperidone Maleate							
Dompéridone (maléate de)							
Tab	Orl	10mg	Ran-Domperidone	2268078	RAN	AEFGVW	MAP
Co.							
Fosinopril Sodium							
Fosinopril Sodique							
Tab	Orl	10mg	pms-Fosinopril	2255944	PMS	AEFGVW	MAP
Co.							
Lovastatin							
Lovastatine							
Tab	Orl	20mg	Ran-Lovastatin	2267969	RAN	AEFGVW	MAP
Co.							
		40mg	Ran-Lovastatin	2267977	RAN	AEFGVW	MAP
Medroxyprogesterone Acetate							
Médroxyprogestérone (acétate de)							
Tab	Orl	10mg	pms-Medroxyprogesterone	2246629	PMS	AEFGVW	MAP
Co.							
		100mg	Apo-Medroxy	2267640	APX	AEFGVW	AAC 0.8543
Miconazole Nitrate							
Miconazole (nitrate de)							
Crn	Vag	2%	Micozole Vaginal Cream	2231106	TAR	AEFGVW	AAC 0.1389
Cr.							
Phenytoin							
Phénytoïne							
Sus	Orl	25mg	Taro-Phenytoin	2250896	TAR	AEFGVW	AAC 0.0311
Susp.							

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Nov 22/05 Nov 23/05

Simvastatin							
Simvastatine							
Tab	Orl	10mg	Taro-Simvastatin	2265885	TAR	AEFGVW	MAP
Co.							
		20mg	Taro-Simvastatin	2265893	TAR	AEFGVW	MAP
		40mg	Taro-Simvastatin	2265907	TAR	AEFGVW	MAP
Sumatriptan							
Tab	Orl	100mg	Apo-Sumatriptan	2268396	APX	Spec. Auth	AAC 9.9867
Co.			Co-Sumatriptan	2257904	COB		
			Gen-Sumatriptan	2268922	GPM		
			Novo-Sumatriptan	2239367	NOP		
			pms-Sumatriptan	2256444	PMS		
			Rhoxal-Sumatriptan	2263033	RHO		
Timolol Maleate							
Timolol (maléate de)							
Liq	Oph	0.25%	Timolol Maleate	2242275	PMS	AEFGVW	AAC 2.6080
		0.5%	Timolol Maleate	2242276	PMS	AEFGVW	AAC 3.1200
Warfarin Sodium							
Warfarine sodique							
Tab	Orl	1mg	Novo-Warfarin	2265273	NOP	AEFGVW	MAP
Co.							
		2mg	Novo-Warfarin	2265281	NOP	AEFGVW	MAP
		2.5mg	Novo-Warfarin	2265303	NOP	AEFGVW	MAP
		3mg	Novo-Warfarin	2265311	NOP	AEFGVW	MAP
		4mg	Novo-Warfarin	2265338	NOP	AEFGVW	MAP
		5mg	Novo-Warfarin	2265346	NOP	AEFGVW	MAP
Zopiclone							
Tab	Orl	5mg	Ran-Zopiclone	2267918	RAN	AEFVW	MAP
Co.							
		7.5mg	Ran-Zopiclone	2267926	RAN	AEFVW	MAP

ADDITIONAL PRODUCTS SUBJECT TO MAP / PRODUITS SUPPLÉMENTAIRES ASSUJETIS AUX PAM

						to MAP	
						Nov 22/05	Nov 23/05
Anagrelide							
Cap	Orl	0.5mg	Gen-Anagrelide	2253054	GPM	Spec. Auth	MAP
Caps							
Sumatriptan							
Tab	Orl	25mg	Gen-Sumatriptan	2268906	GPM	Spec. Auth	AAC 8.9900
			pms-Sumatriptan	2256428	PMS		
			Co-Sumatriptan	2257882	COB		
		50mg	Apo-Sumatriptan	2268388	APX	Spec. Auth	AAC 9.0650
			Co-Sumatriptan	2257890	COB		
			Gen-Sumatriptan	2268914	GPM		
			pms-Sumatriptan	2256436	PMS		
			Rhoxal-Sumatriptan	2263025	RHO		
Topiramate							
Tab	Orl	25mg	Novo-Topiramate	2248860	NOP	Spec. Auth	AAC 0.7350
			pms-Topiramate	2262991	PMS		
			ratio-Topiramate	2256827	RPH		
			Rhoxal-Topiramate	2260050	RHO		
			Gen-Topiramate	2263351	GPM		
		100mg	Novo-Topiramate	2248861	NOP	Spec. Auth	AAC 1.3930
			pms-Topiramate	2263009	PMS		
			ratio-Topiramate	2256835	RPH		
			Rhoxal-Topiramate	2260069	RHO		
			Gen-Topiramate	2263378	GPM		
		200mg	Novo-Topiramate	2248862	NOP	Spec. Auth	AAC 2.2050
			pms-Topiramate	2263017	PMS		
			ratio-Topiramate	2256843	RPH		
			Rhoxal-Topiramate	2267837	RHO		
			Gen-Topiramate	2263386	GPM		

Bulletin n° 640

18 novembre 2005

MODIFICATIONS DES AVANTAGES DU PMONB

Cette mise à jour du Formulaire du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 18 novembre 2005.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux avantages habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments examinés, mais non inscrits**

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, 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 le site Web du PMONB à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

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

Veillez agréer, mes salutations distinguées.

Debbie LeBlanc
Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	Fabricant	Régimes	\$	
Fluvastatine sodique						
Co.L.C. Orale	80 mg Lescol XL [®]	2250527	NVR	AEFGVW	PAR	
Acétate de leuprolide						
Suspension Sous-cutanée	7,5 mg Eligard [®]	2248239	SNS	AEFVW	PAR	
	22,5 mg Eligard [®]	2248240	SNS	AEFVW	PAR	
	30 mg Eligard [®]	2248999	SNS	AEFVW	PAR	
Tartrate de métoprolol						
Comprimé Orale	25 mg pms-Metoprolol-L [®]	2248855	PMS	AEFGVW	PAR	
Métronidazole						
Lotion Topique	0,75 % MetroLotion [®]	2248206	GAC	AEFGVW	PAR	
Mirtazapine						
Comprimé Orale	15 mg Rhoxal-Mirtazapine [®]	2250594	RHO	AEFGVW	PAR	
<u>Produits combinés – Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) et diurétique</u>						
Cilazapril/hydrochlorothiazide						
Comprimé Orale	5/12,5 mg Inhibace [®] Plus	2181479	HLR	AEFGVW	PAR	
Énalapril/hydrochlorothiazide						
Comprimé Orale	5/12,5 mg Vaseretic [®]	2242826	FRS	AEFGVW	PAR	
Lisinopril/hydrochlorothiazide						
Comprimé Orale	10/12,5 mg	Prinzide [®]	2108194	FRS	AEFGVW	PAR
		Zestoretic [®]	2103729	AZE	AEFGVW	PAR
	20/12,5 mg	Prinzide [®]	884413	FRS	AEFGVW	PAR
		Zestoretic [®]	2045737	AZE	AEFGVW	PAR
	20/25 mg	Prinzide [®]	884421	FRS	AEFGVW	PAR
		Zestoretic [®]	2045729	AZE	AEFGVW	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	Fabricant	Régimes	\$
<i>Bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine-2 (BRA) – Ne nécessite plus d'autorisation spéciale</i>					
Candésartan					
Comprimé	Orale	8 mg	Atacand®	2239091	AZE AEEFGVW PAR
		16 mg	Atacand®	2239092	AZE AEEFGVW PAR
Mésylate d'éprosartan					
Comprimé	Orale	400 mg	Teveten®	2240432	SPH AEEFGVW PAR
		600 mg	Teveten®	2243942	SPH AEEFGVW PAR
Irbesartan					
Comprimé	Orale	75 mg	Avapro®	2237923	SNS AEEFGVW PAR
		150 mg	Avapro®	2237924	SNS AEEFGVW PAR
		300 mg	Avapro®	2237925	SNS AEEFGVW PAR
Losartan					
Comprimé	Orale	25 mg	Cozaar®	2182815	FRS AEEFGVW PAR
		50 mg	Cozaar®	2182874	FRS AEEFGVW PAR
		100 mg	Cozaar®	2182882	FRS AEEFGVW PAR
Telmisartan					
Comprimé	Orale	40 mg	Micardis®	2240769	BOE AEEFGVW PAR
		80 mg	Micardis®	2240770	BOE AEEFGVW PAR
Valsartan					
Comprimé	Orale	80 mg	Diovan®	2244781	NVR AEEFGVW PAR
		160 mg	Diovan®	2244782	NVR AEEFGVW PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	Fabricant	Régimes	\$
<u>Produits combinés – BRA et diurétique</u>					
Candésartan/hydrochlorothiazide					
Comprimé Orale 16/12,5 mg	Atacand® Plus	2244021	AZE	AEFGVW	PAR
Mésylate d'éprosartan/hydrochlorothiazide					
Comprimé Orale 600/12,5 mg	Teveten® Plus	2253631	SPH	AEFGVW	PAR
Irbesartan/hydrochlorothiazide					
Comprimé Orale 150/12,5 mg	Avalide®	2241818	SNS	AEFGVW	PAR
	300/12,5 mg Avalide®	2241819	SNS	AEFGVW	PAR
Losartan/hydrochlorothiazide					
Comprimé Orale 50/12,5 mg	Hyzaar®	2230047	FRS	AEFGVW	PAR
	100/25 mg Hyzaar DS®	2241007	FRS	AEFGVW	PAR
Telmisartan/hydrochlorothiazide					
Comprimé Orale 80/12,5 mg	Micardis® Plus	2244344	BOE	AEFGVW	PAR
Valsartan/hydrochlorothiazide					
Comprimé Orale 80/12,5 mg	Diovan HCT®	2241900	NVR	AEFGVW	PAR
	160/12,5 mg Diovan HCT®	2241901	NVR	AEFGVW	PAR
	160/25 mg Diovan HCT®	2246955	NVR	AEFGVW	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Bétahistine

(Serc[®])

Comprimés de 24 mg

Indiqué pour le traitement symptomatique des épisodes de vertige récurrents associés à la maladie de Ménière.

Ciprofloxacine

(Cipro XL[®])

Comprimés de
1000 mg

Indiqué pour le traitement des infections compliquées des voies urinaires et de la pyélonéphrite aiguë simple lorsque d'autres agents sont inefficaces, non tolérés ou contre-indiqués.

Oséltamivir

(Tamiflu[®])

Capsules de 75 mg

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée* lors d'une épidémie de grippe et suite à la recommandation d'un médecin-chef des services de santé :

- Pour le traitement des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée atteints de la grippe de type A ou B soupçonnée ou confirmée en laboratoire. Un cas soupçonné désigne le cas de personnes répondant aux critères de la grippe en tant que maladie et lorsqu'il y a confirmation de la propagation de la grippe de type A et B dans l'établissement ou la communauté environnante.
- Pour la prophylaxie des résidents d'établissements de soins de longue durée dans lesquels il y a épidémie de la grippe de type A et B. La prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à ce que l'épidémie de grippe soit enrayée. Une épidémie est déclarée épuisée sept jours après l'apparition des symptômes du dernier cas au sein de l'établissement.

*Selon les critères susmentionnés, un *établissement de SLD* désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, MAIS NON INSCRITS SUR LA LISTE

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

Lévothyroxine

(Synthroid[®])

Comprimés de 137 mcg

Miglustat

(Zavesca[®])

Capsules de 100 mg

Perindopril/Indapamide

(Preterax[®])

Comprimés de 2 mg/0,625 mg

Tériparatide

(Forteo[®])

Injection de 250 mcg/ml

Trandolapril

(Mavik[®])

Capsules de 0,5 mg

Tréprostiniil sodique

(Remodulin[®])

Injection de 1 ; 2,5 ; 5 et 10 mg/ml

Bulletin n° 643

9 décembre 2005

Oseltamivir (Tamiflu®) pour les bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée

Renseignements sur les pharmacies offrant des services aux foyers de soins infirmiers agréés

L'oseltamivir (Tamiflu®) est offert à titre de garantie nécessitant une autorisation spéciale aux bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée. Un établissement de soins de longue durée désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux. Santé publique a élaboré le protocole suivant aux fins de traitement des patients infectés et de gestion de l'épidémie de grippe dans les établissements de soins de longue durée.

- Lorsque le médecin traitant, le conseiller médical ou le médecin résident de l'établissement de soins de longue durée détermine que la grippe est la cause d'une épidémie, il doit communiquer avec le médecin-chef des services de santé.
- Si le médecin-chef des services de santé recommande l'administration du médicament antigrippal dans un établissement, le processus de couverture dépend du médicament recommandé.
 - Amantadine :
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe A à moins qu'une résistance ne soit dépistée ou que son utilisation ne soit contre-indiquée.
 - Ce médicament constitue une garantie régulière du PMONB.
 - Oseltamivir
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B.
 - Ce médicament constitue une garantie du PMONB nécessitant une autorisation spéciale.
- Lorsque les médicaments antigrippaux sont étudiés afin de traiter un résident qui présente des symptômes, il importe de confirmer que les symptômes de la grippe sont présents depuis moins de 48 heures. Le médicament antigrippal est moins susceptible de bénéficier aux résidents qui sont malades depuis plus de 48 heures.

La déclaration émise par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) en 2005-2006 comprend les recommandations formulées relatives à l'amantadine et à l'oseltamivir. (Il est possible d'accéder à l'énoncé complet du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) pour l'année 2005-2006, y compris les directives associées à la posologie, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/acs-dcc-6/index.html>).

Processus de couverture et de commandes de l'oseltamivir

Approbation d'une autorisation spéciale du PMONB :

Si le médecin-chef des services de santé recommande l'oseltamivir, le conseiller médical ou le médecin résident de l'établissement de soins de longue durée ou tout employé désigné par l'établissement avisera le PMONB du début du traitement dans cet établissement en communiquant avec le service de renseignements du PMONB au 1 800 332-3691.

Après les heures de bureau, veuillez laisser un message comportant les renseignements suivants :

- la date du message;
- le nom et l'adresse de l'établissement de soins de longue durée;
- le nom de la pharmacie qui prépare les ordonnances afférentes à l'oseltamivir;
- le nom et le numéro de téléphone d'une personne-ressource à l'établissement de soins de longue durée au cas où le responsable du PMONB devrait clarifier des détails.

Comment obtenir de l'oseltamivir du fabricant :

Roche Canada a temporairement suspendu la vente d'oseltamivir et ne l'offrira qu'aux établissements de soins de longue durée et aux hôpitaux après réception d'une confirmation écrite d'une épidémie de grippe du conseiller médical ou du médecin résident de l'établissement de soins de longue durée ou d'un autre membre du personnel désigné par l'établissement.

Établissement de soins de longue durée :

Il incombe au conseiller médical ou au médecin résident de l'établissement de soins de longue durée ou à un autre membre du personnel désigné par l'établissement de fournir une confirmation écrite de l'épidémie de grippe.

1. La confirmation de l'épidémie de grippe et le nom de la pharmacie qui commandera l'oseltamivir pour l'établissement de soins de longue durée seront envoyés par télécopieur à Roche Canada au 1 800 436-3481 (vous trouverez ci-joint un modèle de télécopie que pourra utiliser l'établissement de soins de longue durée).
2. Pour éviter que l'approbation de la distribution d'oseltamivir ne soit retardée, le conseiller médical ou le médecin résident de l'établissement de soins de longue durée ou un autre membre du personnel désigné par l'établissement doit également confirmer l'épidémie de grippe et nommer la pharmacie qui commandera l'oseltamivir en communiquant avec le service de gestion des commandes de Roche Canada offert 24 heures par jour, 7 jours par semaine au 1 800 268-0440.
3. L'établissement de soins de longue durée avisera la pharmacie appropriée du début du traitement afin que celle-ci puisse prendre les dispositions nécessaires pour obtenir l'approvisionnement requis d'oseltamivir.
4. Un médecin autorisera les ordonnances des bénéficiaires résidant dans les établissements de soins de longue durée.

Pharmacie :

La pharmacie doit communiquer avec le service de gestion des commandes de Roche Canada offert 24 heures par jour, 7 jours par semaine au 1 800 268-0440. La pharmacie devra fournir les renseignements suivants :

- nom de l'établissement de soins de longue durée pour lequel on commande de l'oseltamivir ;
- adresse d'expédition complète ;
- nom et numéro de téléphone de la personne-ressource ;
- quantité d'emballages-coques (10 capsules par emballage-coque) requise ;
- numéro du bon de commande (s'il y a lieu).

Roche Canada a indiqué qu'elle mettrait tout en œuvre pour livrer rapidement l'oseltamivir aux pharmacies.

Paiement en ligne des demandes de règlement relatives à l'oseltamivir nécessitant une autorisation spéciale :

Lorsque le PMONB aura été informé par l'établissement de soins de longue durée qu'un traitement par l'oseltamivir a été commandé pour ses résidents, des responsables du programme procéderont à l'approbation d'une autorisation spéciale pour tous les bénéficiaires du régime V (résidents de foyers de soins infirmiers) dans l'établissement. Le PMONB avisera la pharmacie lorsque l'autorisation spéciale concernant l'oseltamivir aura été activée. La pharmacie pourra alors facturer les demandes de règlement en ligne. L'approbation de l'oseltamivir pour les résidents recevant des soins de relève qui ne sont pas bénéficiaires du régime V doit être accordée séparément. L'établissement de soins de longue durée doit aviser le PMONB si elle compte des résidents recevant des soins de relève.

CRITÈRES D'AUTORISATION SPÉCIALE

Oseltamivir
(*Tamiflu*[®])
Capsules de 75 mg

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée* lors d'une épidémie de grippe et suite à la recommandation d'un médecin-chef des services de santé :

- Pour le traitement des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée atteints de la grippe de type A ou B soupçonnée ou confirmée en laboratoire. Un cas soupçonné désigne le cas de personnes répondant aux critères de la grippe en tant que maladie et lorsqu'il y a confirmation de la propagation de la grippe de type A et B dans l'établissement ou la communauté environnante.
- Pour la prophylaxie des résidents d'établissements de soins de longue durée dans lesquels il y a épidémie de la grippe de type A et B. La prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à ce que l'épidémie de grippe soit enrayée. Une épidémie est déclarée épuisée sept jours après l'apparition des symptômes du dernier cas au sein de l'établissement.

* Selon les critères susmentionnés, un *établissement de soins de longue durée* désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux.

Oseltamivir (Tamiflu®)

FORMULAIRE DE TÉLÉCOPIE

Le présent formulaire vise à confirmer qu'une épidémie de grippe a été découverte dans l'établissement de soins de longue durée suivant :

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom : _____

Adresse : _____ (Adresse municipale)

_____ (Ville, province)

_____ (Code postal)

CONSEILLER MÉDICAL / MÉDECIN RÉSIDENT OU MEMBRE DÉSIGNÉ DU PERSONNEL

Nom : _____ (En caractères d'imprimerie)

Titre : _____ (En caractères d'imprimerie)

Téléphone : (____) _____

Télécopieur : (____) _____

Signature : _____ Date : _____

PHARMACIE QUI FOURNIRA L'OSELTAMIVIR (TAMIFLU®)

Nom : _____

Téléphone : (____) _____

**VEUILLEZ ENVOYER CE FORMULAIRE PAR
TÉLÉCOPIEUR À ROCHE CANADA AU
1-800-436-3481**

Bulletin n° 645

Le 22 décembre, 2005

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et des produits supplémentaires assujettis au prix admissible maximal (PAM).

PRODUITS AJOUTÉS :

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 29 janvier 2006 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 30 janvier 2006.

Pour les besoins du processus d'autorisation spéciale, des PAM ont été établis pour tous les produits interchangeables au Nouveau-Brunswick.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.

Debbie LeBlanc

Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Jan 29/06 Jan 30/06

Atenolol
Aténolol
Tab Orl 25mg Novo-Atenolol 2266660 NOP AEEGVW AAC 0.1758
Co.

Azithromycin (all polymorphic forms)
Azithromycine (toutes les formes polymorphiques)
Tab Orl 250mg Apo-Azithromycin 2247423 APX AEEGVW AAC 3.4533
Co. Co-Azithromycin 2255340 COB
Novo-Azithromycin 2267845 NOP
Sandoz-Azithromycin 2265826 SDZ

600mg Co-Azithromycin 2256088 COB W & Spec. Auth. AAC 7.6250

Bisoprolol Fumarate
Fumarate de bisoprolol
Tab Orl 5mg Novo-Bisoprolol 2267470 NOP AEFV MAP
Co.

10mg Novo-Bisoprolol 2267489 NOP AEFV MAP

Bupirone Hydrochloride
Bupirone (chlorhydrate de)
Tab Orl 10mg Co-Bupirone 2262916 COB AEEGVW MAP
Co.

Clindamycin Phosphate
Clindamycine (phosphate de)
Liq Top 1% Taro-Clindamycin 2266938 TAR AEEGV AAC 0.2260

Lithium Carbonate
Lithium (carbonate de)
Srt Orl 300mg Apo-Lithium Carbonate SR 2266695 APX AEEGVW AAC 0.1334
Co.L.C.

Metformin Hydrochloride
Metformine (chlorhydrate de)
Tab Orl 500mg Ran-Metformin 2269031 RAN AEEGVW MAP
Co.

Pravastatin Sodium
Pravastatine sodique
Tab Orl 10mg Gen-Pravastatin 2257092 GPM AEEGVW MAP
Co.

20mg Gen-Pravastatin 2257106 GPM AEEGVW MAP

40mg Gen-Pravastatin 2257114 GPM AEEGVW MAP

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Jan 29/06 Jan 30/06

Sertraline Hydrochloride
Sertraline (chlorhydrate de)

Cap	Orl	25mg	Novo-Sertraline	2240485	NOP	AEFGVW	MAP
Caps		50mg	Novo-Sertraline	2240484	NOP	AEFGVW	MAP
		100mg	Novo-Sertraline	2240481	NOP	AEFGVW	MAP

ADDITIONAL PRODUCTS SUBJECT TO MAP / PRODUITS SUPPLÉMENTAIRES ASSUJETIS AUX PAM

Estradiol-17B

Pth	Trd	50mcg	Estradot 50	2244000	NVR	Spec. Auth	AAC	1.7050
		75mcg	Estradot 75	2244001	NVR	Spec. Auth	AAC	1.8300
		100mcg	Estradot 100	2244002	NVR	Spec. Auth	AAC	1.9250

Bulletin n° 649

le 19 janvier 2006

MODIFICATIONS DES AVANTAGES DU *PMONB*

Cette mise à jour du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 19 janvier 2006.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Critères d'autorisation spéciale révisés**
- **Médicaments examinés, mais non inscrits**

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, 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 le site Web du PMONB à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

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

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

Debbie LeBlanc
Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Adalimumab

(Humira®)

Injection de 40 mg/0,8mL
(50 mg/mL)

- Indiqué pour le traitement des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde active d'intensité modérée à grave qui :
 - n'ont pas réagi, ou ont manifesté des effets secondaires intolérables, à l'essai approprié d'une polythérapie traditionnelle d'ARMM (agents rhumatismaux modificateurs de la maladie). La polythérapie d'ARMM doit comprendre le méthotrexate, sauf en cas de contre-indication ou d'intolérance, OU
 - ne sont pas candidats à une polythérapie d'ARMM et doivent avoir effectué un essai approprié d'au moins trois ARMM traditionnelles de suite, dont une doit comprendre la méthotrexate, sauf en cas de contre-indication, ET
 - ont effectué un essai approprié de leflunomide, sauf en cas de contre-indication ou d'intolérance.
 - Doit être prescrit par un rhumatologue.
 - La quantité maximale annuelle est de 26 doses de 40 mg ; il n'est pas permis d'augmenter la dose.
 - Ne doit pas être utilisé en association avec d'autres antagonistes du facteur de nécrose tumorale (TNF).
-

Dutastéride

(Avodart®)

Capsules de 0,5 mg

1. Indiqué pour le traitement symptomatique de l'hypertrophie bénigne de la prostate.
 - Les demandes seront prises en considération pour les patients dont la gravité des symptômes est telle qu'ils pourraient être candidats à une chirurgie, y compris les patients qui ne sont pas de bons candidats à la chirurgie.
 - N'est pas indiqué pour les patients qui sont admissibles à une chirurgie immédiate.
 2. L'approbation initiale se limite aux paiements sur une période de 6 mois et peut être renouvelée à la demande du médecin une fois la réponse clinique établie.
-

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Finastéride
(*Proscar*[®])
Comprimés de 5 mg

1. Indiqué pour le traitement symptomatique de l'hypertrophie bénigne de la prostate.
 - Les demandes seront prises en considération pour les patients dont la gravité des symptômes est telle qu'ils pourraient être candidats à une chirurgie, y compris les patients qui ne sont pas de bons candidats à la chirurgie.
 - N'est pas indiqué pour les patients qui sont admissibles à une chirurgie immédiate.
2. L'approbation initiale se limite aux paiements sur une période de 6 mois et peut être renouvelée à la demande du médecin une fois la réponse clinique établie.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, MAIS NON INSCRITS SUR LA LISTE

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

Nitrate de butoconazole	(<i>Gynazole</i> •1 [®])	Crème vaginale à 2 %
Cinacalcet	(<i>Sensipar</i> ^{MC})	Comprimés de 30 mg, 60 mg et 90 mg
Chlorydrate de ciprofloxacine Dexaméthasone	(<i>Ciprodex</i> [®])	Solution otique 0,3 % et 0,1 %
Elétriptan hydrobromide	(<i>Relpax</i> [®])	Comprimés de 20 mg et 40 mg

Bulletin n° 653

Le 31 mars, 2006

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et des produits supplémentaires assujettis au prix admissible maximal (PAM).

PRODUITS AJOUTÉS :

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 2 mai 2006 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 3 mai 2006.

Pour les besoins du processus d'autorisation spéciale, des PAM ont été établis pour tous les produits interchangeables au Nouveau-Brunswick.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.

Debbie LeBlanc

Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							May 2/06	May 3/06
Alendronate								
Tab	Orl	10mg	Gen-Alendronate	2270110	GPM	Spec. Auth.	MAP	
Co.		70mg	pms-Alendronate	2273179	PMS	Spec. Auth.	MAP	
Ciprofloxacin Hydrochloride								
Ciprofloxacin (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	250mg	Taro-Ciprofloxacin	2266962	TAR	Spec. Auth.	MAP	
Co.		500mg	Taro-Ciprofloxacin	2266970	TAR	Spec. Auth.	MAP	
Clonazepam								
Tab	Orl	0.5mg	Co-Clonazepam	2270641	COB	AEFGVW	MAP	
Co.		1mg	Co-Clonazepam	2270668	COB	AEFGVW	MAP	
		2mg	Co-Clonazepam	2270676	COB	AEFGVW	MAP	
Diltiazem Hydrochloride								
Diltiazem (chlorhydrate de)								
Cap	Orl	120mg	Sandoz-Diltiazem T	2245918	SDZ	AEFVW	AAC	0.5094
Caps			Novo-Diltiazem ER	2271605	NOP	AEFVW		
		180mg	Sandoz-Diltiazem T	2245919	SDZ	AEFVW	AAC	0.6761
			Novo-Diltiazem ER	2271613	NOP	AEFVW		
		240mg	Sandoz-Diltiazem T	2245920	SDZ	AEFVW	AAC	0.8968
			Novo-Diltiazem ER	2271621	NOP	AEFVW		
		300mg	Sandoz-Diltiazem T	2245921	SDZ	AEFVW	AAC	1.1210
			Novo-Diltiazem ER	2271648	NOP	AEFVW		
		360mg	Sandoz-Diltiazem T	2245922	SDZ	AEFVW	AAC	1.3522
			Novo-Diltiazem ER	2271656	NOP	AEFVW		
Gabapentin								
Gabapentine								
Cap	Orl	600mg	Novo-Gabapentin	2248457	NOP	Spec. Auth	AAC	1.3045
Caps		800mg	Novo-Gabapentin	2247346	NOP	Spec. Auth	AAC	1.7393

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							May 2/06	May 3/06
Levetiracetam								
Lévétiracétam								
Tab	Orl	250mg	Co-Levetiracetam	2274183	COB	Spec. Auth.	AAC	1.1175
Co.								
		500mg	Co-Levetiracetam	2274191	COB	Spec. Auth.	AAC	1.3650
		750mg	Co-Levetiracetam	2274205	COB	Spec. Auth.	AAC	1.9425
Metformin Hydrochloride								
Metformine (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	850mg	Ran-Metformin	2269058	RAN	AEFGVW	MAP	
Co.								
Methylphenidate Hydrochloride								
Méthyphénidate (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	20mg	Apo-Methylphenidate SR	2266687	APX	AEFGVW	AAC	0.3364
Co.								
Mirtazapine								
Tab	Orl	15mg	pms-Mirtazapine	2273942	PMS	AEFGVW	AAC	0.3750
Co.								
		30mg	ratio-Mirtazapine	2270927	RPH	AEFGV	MAP	
			Sandoz-Mirtazapine FC	2267292	SDZ	AEFGV		
Simvastatin								
Simvastatine								
Tab	Orl	5mg	pms-Simvastatin	2269252	PMS	AEFGVW	MAP	
Co.								
		10mg	pms-Simvastatin	2269260	PMS	AEFGVW	MAP	
		20mg	pms-Simvastatin	2269279	PMS	AEFGVW	MAP	
		40mg	pms-Simvastatin	2269287	PMS	AEFGVW	MAP	
		80mg	pms-Simvastatin	2269295	PMS	AEFGVW	MAP	
Zopiclone								
Tab	Orl	5mg	Co-Zopiclone	2271931	COB	AEVW	MAP	
Co.								
		7.5mg	Co-Zopiclone	2271958	COB	AEVW	MAP	

ADDITIONAL PRODUCTS SUBJECT TO MAP / PRODUITS SUPPLÉMENTAIRES ASSUJETIS AUX PAM

to MAP
May 2/06 May 3/06

Anagrelide Hydrochloride
Anagrélide (chlorhydrate d')

Cap	Orl	0.5mg	pms-Anagrelide	2274949	PMS	Spec. Auth	MAP
-----	-----	-------	----------------	---------	-----	------------	-----

Caps.

Bicalutamide

Tab	Orl	50mg	Novo-Bicalutamide	2270226	NOP	Spec. Auth	AAC	4.5080
Co.			Sandoz-Bicalutamide	2276089	SDZ			
			pms-Bicalutamide	2275589	PMS			

Isosorbide-5-Mononitrate

Isosorbide (5-mononitrate d')

Tab	Orl	60mg	Apo-ISMN	2272830	APX	Spec. Auth	AAC	0.4950
-----	-----	------	----------	---------	-----	------------	-----	--------

Co.

Mometasone Furoate

Mométasone (furoate de)

Ont	Top	0.1%	pms-Mometasone	2270862	PMS	Spec. Auth	MAP
-----	-----	------	----------------	---------	-----	------------	-----

Salbutamol Sulfate/Ipratropium Bromide

Salbutamol (sulfate de)/Ipratropium (bromure d')

Liq	Inh	2.5mg/0.5mg/2.5mL	Gen-Combo Sterinebs	2272695	GPM	Spec. Auth	MAP
-----	-----	-------------------	---------------------	---------	-----	------------	-----



Prescription Drug Program/Plan de médicaments sur ordonnance

BULLETIN

PO Box/CP 690 Moncton NB Canada E1C 8M7 Tel/Tél (506) 867-4515

Bulletin n° 655

Le 28 avril 2006

MODIFICATIONS DES AVANTAGES DU PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 28 avril 2006.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux avantages habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments examinés, mais non inscrits**

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, 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 le site Web du PMONB à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

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

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Drospirénone/éthinyli estradiol					
Comprimé Orale 3 mg/0,030mg	Yasmin-21 [®]	2261723	BEX	EFGV	PAR
	Yasmin-28 [®]	2261731	BEX	EFGV	PAR
Fosamprenavir					
Comprimé Orale 700 mg	Telzir [™]	2261545	GSK	U	PAR
Suspension Orale 50 mg/mL	Telzir [™]	2261553	GSK	U	PAR
Mycophénolate mofétil					
Capsule Orale 250 mg	Cellcept [®]	2192748	HLR	R	PAR
Comprimé Orale 500 mg	Cellcept [®]	2237484	HLR	R	PAR
Mycophénolate sodique					
CGR Orale 180 mg	Myfortic [®]	2264560	NVR	R	PAR
	Myfortic [®]	2264579	NVR	R	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Montélukast

(Singular[®])

Comprimés croquables
de 4 mg et 5 mg
Comprimés de 10 mg
Granules oraux de 4 mg

Zafirlukast

(Accolate[®])

Comprimés de 20 mg

Indiqué pour le traitement des patients souffrant d'asthme modéré à grave qui :

- n'arrivent pas à contrôler l'asthme en prenant des doses de corticostéroïdes inhalés modérées à élevées en conformité avec le traitement prescrit ET
- nécessitent des doses grandissantes d'agonistes bêta₂ à courte durée d'action.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Etanercept
(*Enbrel*[®])
Injection de 25 mg

Nouvelles indications ajoutées aux critères existants :

Arthrite rhumatoïde infantile

- Indiqué pour le traitement des poussées évolutives des formes modérées ou graves de l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire chez les enfants (de 4 à 17 ans) qui :
 - n'ont pas répondu à un traitement adéquat avec au moins un agent rhumatismal modificateur de la maladie (ARMM) pendant au moins 3 mois, OU
 - sont intolérants aux ARMM.
- Doit être prescrit par un rhumatologue.

Rhumatisme psoriasique

- Indiqué pour le traitement de patients souffrant de rhumatisme psoriasique qui n'ont pas répondu à un essai adéquat avec deux agents rhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), qui sont intolérants aux ARMM ou pour qui ces agents sont contre-indiqués.
 - Doit être prescrit par un rhumatologue.
-

Peginterféron alpha-2b
(*Pegatron Redipen*[®])
50 mcg, 80 mcg,
100 mcg, 120 mcg,
150 mcg/0,5mL
(injection) + comprimés
Ribavirin de 200 mg

Les demandes de spécialistes en médecine interne seront examinées pour le traitement de l'hépatite chronique C (ARN positif du virus de l'hépatite C).

- Une couverture initiale de 24 semaines sera approuvée pour tous les patients. Une couverture de 24 semaines additionnelles sera approuvée pour les patients aux prises avec le virus de l'hépatite C de génotypes autres que les génotypes 2 et 3.
 - Une épreuve de dépistage de l'ARN du VHC après 24 semaines de traitement qui donne un résultat positif indique qu'il faut interrompre le traitement.
 - Il faut réserver la monothérapie à l'interféron aux patients qui ne peuvent tolérer la ribavirine.
-

Voriconazole
(*VFEND*[®])
Comprimés 50 mg,
200 mg

- Pour le traitement de l'aspergillose invasive. Les demandes initiales seront approuvées pour un maximum de 3 mois.
 - Doit être prescrit en consultation avec un spécialiste en maladies infectieuses ou en microbiologie médicale.
-

MÉDICAMENTS EXAMINÉS NON INSCRITS

L'examen réalisé sur le produit suivant a conclu qu'il n'offrait pas d'avantage thérapeutique ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

Alefacept	<i>(Amevive®)</i>	injection 15 mg/0,5 mL
Hyclate de doxycycline	<i>(Periostat®)</i>	Capsules de 20 mg
Laronidase	<i>(Aldurazyme®)</i>	injection 0,58 mg/mL



Prescription Drug Program/Plan de médicaments sur ordonnance

BULLETIN

PO Box/CP 690 Moncton NB Canada E1C 8M7 Tel/Tél (506) 867-4515

Bulletin n° 657

Le 9 juin, 2006

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeables 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).

PRODUITS AJOUTÉS :

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 12 juillet 2006 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 13 juillet 2006.

Pour les besoins du processus d'autorisation spéciale, des PAM ont été établis pour tous les produits interchangeables au Nouveau-Brunswick.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

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
July 12/06 July 13/06

Alendronate							
Tab	Orl	70mg	ratio-Alendronate	2275279	RPH	Spec. Auth.	MAP
Co.							
Amiloride Hydrochloride/Hydrochlorothiazide							
Amiloride (chlorhydrate d') / hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	5mg / 50mg	Gen-Amilazide	2257378	GPM	AEFGVW	MAP
Co.							
Benazepril Hydrochloride							
Benazepril (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	20mg	Apo-Benazepril	2273918	APX	AEFGVW	AAC 0.5460
Co.							
Calcitonin Salmon Synthetic							
Clacitonine de saumon							
Liq	Nas	200IU	Sandoz-Calcitonin	2261766	SDZ	Spec. Auth.	AAC 1.4000
Carbamazepine							
Carbamazépine							
TabC	Orl	100mg	Sandoz-Carbamazepine	2261855	SDZ	AEFGVW	MAP
Co.C							
		200mg	Sandoz-Carbamazepine	2261863	SDZ	AEFGVW	MAP
chewtabs							
Srt	Orl	200mg	Sandoz-Carbamazepine CR	2261839	SDZ	AEFGVW	MAP
Co.L.C.							
		400mg	Sandoz-Carbamazepine CR	2261847	SDZ	AEFGVW	MAP
Diclofenac Sodium							
Diclofénac sodique							
Ect	Orl	25mg	Sandoz-Diclofenac	2261952	SDZ	AEFGVW	MAP
Co.Ent.							
		50mg	Sandoz-Diclofenac	2261960	SDZ	AEFGVW	MAP
Srt.	Orl	75mg	Sandoz-Diclofenac SR	2261901	SDZ	AEFGVW	MAP
Co.L.C.							
		100mg	Sandoz-Diclofenac SR	2261944	SDZ	AEFGVW	MAP
Domperidone Maleate							
Dompéridone (maléate de)							
Tab	Orl	10mg	Gen-Domperidone	2278669	GPM	AEFGVW	MAP
Co.							

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
July 12/06 July 13/06

Fenofibrate							
Fénofibrate							
Tab	Orl	100mg	Apo-Feno-Super	2246859	APX	AEFGVW	AAC 0.7875
Co.		160mg	Apo-Feno-Super	2246860	APX	AEFGVW	AAC 0.8470
Flecainide Acetate							
Flecaénide (acétate de)							
Tab	Orl	50mg	Apo-Flecainide	2275538	APX	AEFGVW	AAC 0.3620
Co.		100mg	Apo-Flecainide	2275546	APX	AEFGVW	AAC 0.7239
Fosinopril Sodium							
Fosinopril sodique							
Tab	Orl	10mg	pms-Fosinopril	2255944	PMS	AEFGVW	MAP
Co.		20mg	(new formulation) pms-Fosinopril	2255952	PMS	AEFGVW	MAP
			(new formulation)				
Isotretinoin							
Isotrétinoïne							
Cap	Orl	10mg	Clarus	2257955	PRE	EFG	AAC 1.3660
Caps		40mg	Clarus	2257963	PRE	EFG	AAC 2.7877
Methylphenidate Hydrochloride							
Métylphénidate (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	5mg	Apo-Methylphenidate	2273950	APX	AEFGVW	AAC 0.0947
Co.			ratio-Methylphenidate	2247364	RPH	current benefit	
Mirtazapine							
Tab	Orl	30mg	Co-Mirtazapine	2274361	COB	AEFGVW	MAP
Co.							
Ondansetron Hydrochloride Dihydrate							
Ondansétron dihydrate (chlorhydrate d')							
Tab	Orl	4mg	pms-Ondansetron	2258188	PMS	W & Spec. Auth.	AAC 8.3837
Co.			ratio-Ondansetron	2278529	RPH		
			Sandoz-Ondansetron	2274310	SDZ		
		8mg	pms-Ondansetron	2258196	PMS	W & Spec. Auth.	AAC 12.7962
			ratio-Ondansetron	2278537	RPH		
			Sandoz-Ondansetron	2274329	SDZ		

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
July 12/06 July 13/06

Pindolol							
Tab	Orl	5mg	Sandoz-Pindolol	2261782	SDZ	AEFGVW	MAP
Co.							
		10mg	Sandoz-Pindolol	2261790	SDZ	AEFGVW	MAP
		15mg	Sandoz-Pindolol	2261804	SDZ	AEFGVW	MAP
Sumatriptan Succinate							
Tab	Orl	100mg	ratio-Sumatriptan	2271591	RPH	Spec. Auth.	MAP
Co.							
Terbinafine Hydrochloride							
Terbinafine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	250mg	Sandoz-Terbinafine	2262177	SDZ	Spec. Auth.	MAP
Co.							
Tizanidine Hydrochloride							
Tizanidine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	4mg	Gen-Tizanidine	2272059	GPM	Spec. Auth.	MAP
Co.							

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

Bicalutamide							
Tab	Orl	50mg	Co-Bicalutamide	2274337	COB		AAC 4.0572
Co.							
			ratio-Bicalutamide	2277700	RPH		
Glimepiride							
Glimépiride							
Tab	Orl	1mg	Novo-Glimepiride	2273756	NOP		MAP
Co.							
			Co-Glimepiride	2274248	COB		
		2mg	Novo-Glimepiride	2273764	NOP		MAP
			Co-Glimepiride	2274256	COB		
		4mg	Novo-Glimepiride	2273772	NOP		MAP
			Co-Glimepiride	2274272	COB		
Sumatriptan Succinate							
Tab	Orl	50mg	ratio-Sumatriptan	2271583	RPH		MAP
Co.							



Prescription Drug Program/Plan de médicaments sur ordonnance

BULLETIN

PO Box/CP 690 Moncton NB Canada E1C 8M7 Tel/Tél (506) 867-4515

Bulletin n° 660

Le 26 juillet 2006

MODIFICATIONS DES AVANTAGES DU PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 26 juillet 2006.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux avantages habituels
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Critères d'autorisation spéciale révisés
- Médicaments examinés, mais non inscrits

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, 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 le site Web du PMONB à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

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

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Diltiazem (chlorhydrate de)							
Co.L.P.	Orl	120mg	Tiazac [®] XC	2256738	BVL	AEFGVW	PAR
		180mg	Tiazac [®] XC	2256746	BVL	AEFGVW	PAR
		240mg	Tiazac [®] XC	2256754	BVL	AEFGVW	PAR
		300mg	Tiazac [®] XC	2256762	BVL	AEFGVW	PAR
		360mg	Tiazac [®] XC	2256770	BVL	AEFGVW	PAR
Estradiol-17β							
Pth	Trd	25mcg	Climara 25 [®]	2247499	BEX	AEVFW	PAR
Pth	Trd	75mcg	Climara 75 [®]	2247500	BEX	AEVFW	PAR
Nabilone							
Cap	Orl	0,5mg	Cesamet [®]	2256193	VLN	AEFGVW	PAR
Quétiapine – Ne nécessite plus d'autorisation spéciale							
Co.	Orl	25mg	Seroquel [®]	2236951	AZE	AEFGVW	PAR
		100mg	Seroquel [®]	2236952	AZE	AEFGVW	PAR
		200mg	Seroquel [®]	2236953	AZE	AEFGVW	PAR
		300mg	Seroquel [®]	2244107	AZE	AEFGVW	PAR
Somatropine							
Liq	SC	10mg/2mL	Nutropin AQ Pen [®]	2249002	HLR	T	PAR
Cart	SC	24mg	Humatrope [®]	2243079	LIL	T	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Imatinib
(*Gleevec*[®])
Comprimés de
100mg et 400mg
Nouvelle formulation

Les demandes provenant de spécialistes en hématologie ou en oncologie seront prises en considération dans le cas de :

1. patients qui présentent des signes (preuves écrites) de leucémie myéloïde chronique (LCM) avec chromosome Philadelphie positif (Ph+) dont l'indice de performance ECOG varie de 0 à 2* ;
2. patients atteints de tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) métastatiques ou à progression localisée inopérables avec présence du récepteur c-kit positif (CD117) et dont l'indice de performance ECOG varie de 0 à 2*.

* Les patients qui sont asymptomatiques ou ceux qui présentent des symptômes et sont alités moins de 50 % du temps.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Imiquimod
(*Aldara*[™])
Crème 5 %

Nouvelle indication ajoutée aux critères existants :

- Pour le traitement de la kératose sénile chez les patients qui n'ont pas réagi au traitement par le 5-Fluorouracil (5-FU) et à la cryothérapie.

Infliximab
(*Remicade*[®])
Injection
de 10mg/mL

Nouvelle indication ajoutée aux critères existants :

Traitement d'entretien pour la maladie de Crohn active sous sa forme grave

Les demandes seront considérées pour le traitement des patients qui résistent au traitement composé par CHACUN des médicaments suivants :

- Produits 5-ASA - Essai minimal d'une dose de 3 g par jour pendant six semaines, ET
- Glucocorticostéroïdes - inclut la maladie cortico-dépendante, ET
- Traitement immunosuppresseur - azathioprine, 6-mercaptopurine ou méthotrexate pendant trois mois au minimum.

L'approbation initiale sera accordée pour une dose unique de 5 mg/kg. Une deuxième perfusion peut être considérée pour les patients qui ne réagissent pas à la première perfusion, ou pour les patients qui, au départ, ont réagi au traitement, mais qui ont vu leur état s'aggraver avant que le traitement d'entretien ne devienne efficace.

Comme traitement d'entretien à la suite d'un traitement d'induction efficace dans les cas où le traitement au moyen d'autres traitements immunosuppresseurs (énumérés ci-dessus) ne permet pas de contrôler la maladie à long terme.

L'approbation sera accordée pour une dose de 5 mg/kg pour une durée allant jusqu'à 8 semaines.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS NON INSCRITS

L'examen réalisé sur le produit suivant a conclu qu'il n'offrait pas d'avantage thérapeutique ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants.

Moxifloxacin	<i>(Vigamox[®])</i>	solution ophtalmique à 0,5 %
Gatifloxacin	<i>(Zymar[®])</i>	solution ophtalmique à 0,5 %



Prescription Drug Program/Plan de médicaments sur ordonnance

BULLETIN

PO Box/CP 690 Moncton NB Canada E1C 8M7 Tel/Tél (506) 867-4515

Bulletin n° 662

Le 25 août 2006

MODIFICATIONS DES AVANTAGES DU *PMONB*

Cette mise à jour du *Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB)* entre en vigueur le 25 août 2006.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux avantages habituels
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Autorisation spéciale - critères révisés
- Médicaments examinés non inscrits

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, 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 le site Web du *PMONB* à l'adresse suivante :

www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

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

Veuillez agréer mes salutations distinguées.

Debbie LeBlanc

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Abacavir/Lamivudine					
Co. Orl 600 mg/300 mg	Kivexa ^{MC}	2269341	GSB	U	PAR
Acide éthacrynique					
Co. Orl 25 mg	Edecrin [®]	2258528	FRS	AEFGVW	PAR
Méthotrexate de sodium					
Co. Orl 10 mg	Méthotrexate	2182750	MAY	AEFGVW	PAR
Liq. Inj 10 mg/ml 25 mg/ml 25 mg/ml 25 mg/ml	Méthotrexate injectable, USP	2182947	MAY	AEFGVW	PAR
	Méthotrexate injectable, USP	2099705	NOP	AEFGVW	PAR
	Méthotrexate injectable, USP	2182955	MAY	AEFGVW	PAR
	Méthotrexate injectable, USP	2182777	MAY	AEFGVW	PAR
Nelfinavir					
Co. Orl 625 mg	Viracept [®]	2248761	PFI	U	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Erlotinib

(Tarceva^{MC})

Comprimés de 100 mg et de 150 mg

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 et lorsque l'expression du récepteur du facteur de croissance épidermique (R-EGF) est positive ou inconnue.

Rispéridone

(Risperdal Consta[®])

Suspension injectable à libération prolongée de 25 mg, 37,5 mg et 50 mg/flacon

Indiqué pour le traitement des patients souffrant de schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif qui :

- ont des antécédents de non-respect de la thérapie ; *et*
- ont des effets secondaires graves causés par au moins deux antipsychotiques administrés par voie orale ou qui ne parviennent pas à maîtriser adéquatement la maladie avec ceux-ci ; *et*
- ont des effets secondaires graves causés par au moins un agent antipsychotique typique à action retard ou qui ne parviennent pas à maîtriser adéquatement la maladie avec celui-ci.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Galantamine

(Reminyl ER®)

Capsules à libération prolongée de 8 mg, 16 mg et 24 mg

Nouvelle indication ajoutée aux critères existants :

- Indiqué pour le traitement de l'Alzheimer d'intensité légère à modérée ; les critères sont les mêmes que pour les autres inhibiteurs de la cholinestérase.

Valganciclovir

(Valcyte®)

Comprimés de 450 mg

Nouvelle indication ajoutée aux critères existants :

- Indiqué pour la prévention de l'infection au cytomégalovirus (CMV) chez les patients ayant subi une greffe d'organe plein et présentant un risque élevé de rejet (c.-à-d. donneur séropositif pour le CMV et receveur séronégatif). La période de couverture maximale est de 100 jours suivant la greffe.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS NON INSCRITS

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

Alendronate	(Fosamax®)	Solution orale de 70 mg/75 mL
Atomoxétine	(Strattera ^{MC})	Capsules de 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg et 60 mg
Ciclopirox olamine	(Stieprox®)	Shampooing à 1,5 %
Insuline glargine	(Lantus®)	Injection de 100 UI/mL (flacon de 10 mL)
Mémantine	(Ebixa®)	Comprimés de 10 mg
Oxybutynine	(Oxytro ^{MC})	Timbre transdermique de 36 mg



Prescription Drug Program/Plan de médicaments sur ordonnance

BULLETIN

PO Box/CP 690 Moncton NB Canada E1C 8M7 Tel/Tél (506) 867-4515

Bulletin n° 665

Le 16 octobre, 2006

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables 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).

PRODUITS AJOUTÉS :

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 13 novembre 2006 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 14 novembre 2006.

Pour les besoins du processus d'autorisation spéciale, des PAM ont été établis pour tous les produits interchangeables au Nouveau-Brunswick.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

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 13/06	Nov 14/06
Azithromycin								
Azithromycine								
Tab	Orl	250mg	pms-Azithromycin	2261634	PMS	AEFGVW	MAP	
Co.			ratio-Azithromycin	2275287	RPH			
			Gen-Azithromycin	2278359	GPM			
		600mg	pms-Azithromycin	2261642	PMS	W & Spec. Auth.	MAP	
Betahistine Hydrochloride								
Bétahistine (dichlorhydrate de)								
Tab	Orl	16mg	Novo-Betahistine	2280191	NOP	Spec. Auth.	AAC	0.2940
Co.		24mg	Novo-Betahistine	2280205	NOP	Spec. Auth.	AAC	0.4410
Bupropion Hydrochloride								
Bupropion (chlorhydrate de)								
SRT	Orl	100mg	Sandoz-Bupropion SR	2275074	SDZ	Spec. Auth.	AAC	0.3733
Co.L.C.		150mg	Sandoz-Bupropion SR	2275082	SDZ	Spec. Auth.	MAP	
Cilazapril								
Tab	Orl	1mg	pms-Cilazapril	2280442	PMS	AEFGVW	MAP	
Co.			Gen-Cilazapril	2283778	GPM			
		2.5mg	pms-Cilazapril	2280450	PMS	AEFGVW	MAP	
			Gen-Cilazapril	2283786	GPM			
		5mg	pms-Cilazapril	2280469	PMS	AEFGVW	MAP	
			Gen-Cilazapril	2283794	GPM			
Felodipine								
Féلودipine								
SRT	Orl	5mg	Sandoz-Felodipine	2280264	SDZ	AEVW	AAC	0.4620
Co.L.C.		10mg	Sandoz-Felodipine	2280272	SDZ	AEVW	AAC	0.6923
Mupirocin								
Mupirocine								
Ont	Top	2%	Taro-Mupirocin	2279983	TAR	AEFGVW	AAC	0.3453
Norfloxacin								
Norfloxacine								
Tab	Orl	400mg	Co-Norfloxacin	2269627	COB	AEVW	MAP	
Co.								

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Nov 13/06 Nov 14/06

Ondansetron Hydrochloride Dihydrate
Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d')

Tab	Orl	4mg	Novo-Ondansetron	2264056	NOP	W & Spec. Auth.	MAP	
Co.		8mg	Novo-Ondansetron	2264064	NOP	W & Spec. Auth.	MAP	

Oxcarbazepine
Oxcarbazépine

Tab	Orl	150mg	Apo-Oxcarbazepine	2284294	APX	Spec. Auth.	AAC	0.5625
Co.		300mg	Apo-Oxcarbazepine	2284308	APX	Spec. Auth.	AAC	1.1250
		600mg	Apo-Oxcarbazepine	2284316	APX	Spec. Auth.	AAC	2.2500

Ranitidine Hydrochloride
Ranitidine (chlorhydrate de)

Liq	Orl	15mg/mL	Apo-Ranitidine	2280833	APX	V	MAP	
Liq								

Risperidone
Rispéridone

Tab	Orl	0.25mg	Apo-Risperidone	2282119	APX	AVW & Spec. Auth	AAC	0.2615
Co.			Co-Risperidone	2282585	COB			
			Gen-Risperidone	2282240	GPM			
			Novo-Risperidone	2282690	NOP			
			pms-Risperidone	2252007	PMS			
			Ran-Risperidone	2280906	RAN			
			ratio-Risperidone	2264757	RPH			
			Sandoz-Risperidone	2279509	SDZ			
		0.5mg	Apo-Risperidone	2282127	APX	AVW & Spec. Auth.	AAC	0.4378
			Co-Risperidone	2282593	COB			
			Gen-Risperidone	2282259	GPM			
			Novo-Risperidone	2264188	NOP			
			pms-Risperidone	2252015	PMS			
			Ran-Risperidone	2280914	RAN			
			ratio-Risperidone	2264765	RPH			
			Sandoz-Risperidone	2279495	SDZ			
		1mg	Apo-Risperidone	2282135	APX	AVW & Spec. Auth.	AAC	0.6048
			Co-Risperidone	2282607	COB			
			Gen-Risperidone	2282267	GPM			
			Novo-Risperidone	2264196	NOP			
			pms-Risperidone	2252023	PMS			
			Ran-Risperidone	2280922	RAN			
			ratio-Risperidone	2264773	RPH			
			Sandoz-Risperidone	2279800	SDZ			

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Nov 13/06 Nov 14/06

Risperidone
Rispéridone

Tab	Orl	2mg	Apo-Risperidone	2282143	APX	Spec. Auth.	AAC	1.2075
Co.			Co-Risperidone	2282615	COB			
			Gen-Risperidone	2282275	GPM			
			Novo-Risperidone	2264218	NOP			
			pms-Risperidone	2252031	PMS			
			Ran-Risperidone	2280930	RAN			
			ratio-Risperidone	2264781	RPH			
			Sandoz-Risperidone	2279819	SDZ			
		3mg	Apo-Risperidone	2282151	APX	Spec. Auth.	AAC	1.8113
			Co-Risperidone	2282623	COB			
			Gen-Risperidone	2282283	GPM			
			Novo-Risperidone	2264226	NOP			
			pms-Risperidone	2252058	PMS			
			Ran-Risperidone	2280949	RAN			
			ratio-Risperidone	2264803	RPH			
			Sandoz-Risperidone	2279827	SDZ			
		4mg	Apo-Risperidone	2282178	APX	Spec. Auth.	AAC	2.4150
			Co-Risperidone	2282631	COB			
			Gen-Risperidone	2282291	GPM			
			Novo-Risperidone	2264234	NOP			
			pms-Risperidone	2252066	PMS			
			Ran-Risperidone	2280957	RAN			
			ratio-Risperidone	2264811	RPH			
			Sandoz-Risperidone	2279835	SDZ			

Sotalol Hydrochloride
Sotalol (chlorhydrate de)

Tab	Orl	160mg	Co-Sotalol	2270633	COB	AEFGVW	MAP
Co.			Sandoz-Sotalol	2257858	SDZ		

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

to MAP
 Nov 13/06 Nov 14/06

Midodrine Hydrochloride
 Midodrine (chlorhydrate de)

Tab	Orl	2.5mg	Apo-Midodrine	2278677	APX	AAC	0.2999
Co.		5mg	Apo-Midodrine	2278685	APX	AAC	0.4998

Risperidone
 Rispéridone

Liq	Orl	1mg/mL	Apo-Risperidone	2280396	APX	AAC	0.7727
			pms-Risperidone	2279266	PMS		

Sotalol Hydrochloride
 Sotalol (chlorhydrate de)

Tab	Orl	80mg	Co-Sotalol	2270625	COB	MAP	
Co.							

Topiramate

Tab	Orl	25mg	Apo-Topiramate	2279614	APX	MAP	
Co.		100mg	Apo-Topiramate	2279630	APX	MAP	
		200mg	Apo-Topiramate	2279649	APX	MAP	

Oseltamivir (Tamiflu®) pour les bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée

Renseignements sur les pharmacies offrant des services aux foyers de soins infirmiers agréés

L'oseltamivir (Tamiflu®) est offert à titre de garantie nécessitant une autorisation spéciale aux bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée. Un établissement de soins de longue durée désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux. Santé publique a élaboré le protocole suivant aux fins de traitement des patients infectés et de gestion de l'épidémie de grippe dans les établissements de soins de longue durée.

- Lorsque le médecin traitant, le conseiller médical ou le médecin résident de l'établissement de soins de longue durée détermine que la grippe est la cause d'une épidémie, il doit communiquer avec le médecin-chef des services de santé.
- Si le médecin-chef des services de santé recommande l'administration du médicament antigrippal dans un établissement, le processus de couverture dépend du médicament recommandé.
 - Amantadine - Ce médicament constitue une garantie régulière du PMONB.
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe A à moins qu'une résistance ne soit dépistée ou que son utilisation ne soit contre-indiquée. (**Note : Selon l'énoncé du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) pour l'année 2006-2007, il n'est pas recommandé d'utiliser l'amantadine pour le traitement ou la prophylaxie de l'influenza de type A étant donné que, lors des dernières saisons de grippe, 82 % des cas isolés d'influenza A étaient résistants à l'amantadine.**)
 - Oseltamivir - Ce médicament constitue une garantie du PMONB nécessitant une autorisation spéciale
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B.
- Lorsque les médicaments antigrippaux sont étudiés afin de traiter un résident qui présente des symptômes, il importe de confirmer que les symptômes de la grippe sont présents depuis moins de 48 heures. Le médicament antigrippal est moins susceptible de bénéficier aux résidents qui sont malades depuis plus de 48 heures.

La déclaration émise par le (CCNI) en 2006-2007 comprend les recommandations formulées relatives à l'oseltamivir. Malgré le fait que l'amantadine n'est pas recommandée, l'information sur l'amantadine est incluse dans la cas où les tests de 2006-2007 indiqueraient une susceptibilité à cette dernière. (Il est possible d'accéder à l'énoncé complet du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) pour l'année 2005-2006, y compris les directives associées à la posologie, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/acs-dcc-6/index.html>).

Processus de couverture et de commandes de l'oseltamivir

Approbation d'une autorisation spéciale du PMONB :

Si le médecin-chef des services de santé recommande l'oseltamivir, le conseiller médical ou le médecin résident de l'établissement de soins de longue durée ou tout employé désigné par l'établissement avisera le PMONB du début du traitement dans cet établissement en communiquant avec le service de renseignements du PMONB au 1 800 332-3691.

Après les heures de bureau, veuillez laisser un message comportant les renseignements suivants :

- la date du message;
- le nom et l'adresse de l'établissement de soins de longue durée;
- le nom de la pharmacie qui prépare les ordonnances afférentes à l'oseltamivir;
- le nom et le numéro de téléphone d'une personne-ressource à l'établissement de soins de longue durée au cas où le responsable du PMONB devrait clarifier des détails.

Le pharmacien de la chambre d'essai en laboratoire devrait être contacté au même moment que le PMONB pour donner le temps de réserver et de distribuer la quantité requise d'oseltamivir. Comme Roche Canada (la fabricant d'oseltamivir) n'arrête plus les ventes d'oseltamivir, les pharmacies peuvent obtenir le médicament au moyen du processus de commande normal.

Paiement en ligne des demandes de règlement relatives à l'oseltamivir nécessitant une autorisation spéciale :

Lorsque le PMONB aura été informé par l'établissement de soins de longue durée qu'un traitement par l'oseltamivir a été commandé pour ses résidents, des responsables du programme procéderont à l'approbation d'une autorisation spéciale pour tous les bénéficiaires du régime V (résidents de foyers de soins infirmiers) dans l'établissement. Le PMONB avisera la pharmacie lorsque l'autorisation spéciale concernant l'oseltamivir aura été activée. La pharmacie pourra alors facturer les demandes de règlement en ligne. L'approbation de l'oseltamivir pour les résidents recevant des soins de relève qui ne sont pas bénéficiaires du régime V doit être accordée séparément. L'établissement de soins de longue durée doit aviser le PMONB si elle compte des résidents recevant des soins de relève.

CRITÈRES D'AUTORISATION SPÉCIALE

Oseltamivir
(*Tamiflu*[®])
Capsules de 75 mg

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée* lors d'une épidémie de grippe et suite à la recommandation d'un médecin-chef des services de santé :

- Pour le traitement des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée atteints de la grippe de type A ou B soupçonnée ou confirmée en laboratoire. Un cas soupçonné désigne le cas de personnes répondant aux critères de la grippe en tant que maladie et lorsqu'il y a confirmation de la propagation de la grippe de type A et B dans l'établissement ou la communauté environnante.
- Pour la prophylaxie des résidents d'établissements de soins de longue durée dans lesquels il y a épidémie de la grippe de type A et B. La prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à ce que l'épidémie de grippe soit enrayée. Une épidémie est déclarée épuisée sept jours après l'apparition des symptômes du dernier cas au sein de l'établissement.

* Selon les critères susmentionnés, un *établissement de soins de longue durée* désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux.

Bulletin n° 670

Le 4 décembre, 2006

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeables 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).

PRODUITS AJOUTÉS :

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 14 janvier 2007 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 15 janvier 2007.

Pour les besoins du processus d'autorisation spéciale, des PAM ont été établis pour tous les produits interchangeables au Nouveau-Brunswick.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

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
Jan 14/07 Jan 15/07

Acyclovir							
Tab	Orl	200mg	Novo-Acyclovir	2285959	NOP	AEFGVW	MAP
Co.							
		400mg	Novo-Acyclovir	2285967	NOP	AEFGVW	MAP
		800mg	Novo-Acyclovir	2285975	NOP	AEFGVW	MAP
Alendronate							
Tab	Orl	70mg	Gen-Alendronate	2286335	GPM	Spec. Auth.	MAP
Co.							
			pms-Alendronate FC	2284006	PMS		
Azithromycin							
Azithromycine							
Pws	Orl	20mg	pms-Azithromycin	2274388	PMS	AEFGVW	AAC 0.7467
Pds.							
		40mg	pms-Azithromycin	2274396	PMS	AEFGVW	AAC 1.0580
Cilazapril/Hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	5mg/12.5mg	Apo-Cilazapril/HCTZ	2284987	APX	AEFGVW	AAC 0.5530
Co.							
Cyclosporine							
Cap	Orl	25mg	Sandoz Cyclosporine	2247073	SDZ	R	AAC
Caps							
		50mg	Sandoz Cyclosporine	2247074	SDZ	R	AAC
		100mg	Sandoz Cyclosporine	2242821	SDZ	R	AAC

Please note that a maximum allowable price (MAP) will not be applied to cyclosporine at this time.

Famciclovir							
Tab	Orl	500mg	Sandoz Famciclovir	2278650	SDZ	Spec. Auth.	AAC 4.2280
Co.							
Fenofibrate							
Fénofibrate							
Cap	Orl	200mg	pms-Fenofibrate Micro	2273551	PMS	AEFGVW	MAP
Caps							
Fentanyl Transdermal							
Fentanyl (transdermal de)							
Srd	Trd	25mcg	Ran-Fentanyl Transdermal	2249391	RAN	W & Spec. Auth.	AAC 5.9500
		50mcg	Ran-Fentanyl Transdermal	2249413	RAN	W & Spec. Auth.	AAC 11.2000
		75mcg	Ran-Fentanyl Transdermal	2249421	RAN	W & Spec. Auth.	AAC 15.7500
		100mcg	Ran-Fentanyl Transdermal	2249448	RAN	W & Spec. Auth.	AAC 19.6000

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Jan 14/07 Jan 15/07

Leflunomide						
Léflunomide						
Tab	Orl	10mg	Sandoz Leflunomide	2283964	SDZ	Spec. Auth. MAP
Co.		20mg	Sandoz Leflunomide	2283972	SDZ	Spec. Auth. MAP
Levetiracetam						
Lévétiracétam						
Tab	Orl	250mg	Apo-Levetiracetam	2285924	APX	Spec. Auth. MAP
Co.		500mg	Apo-Levetiracetam	2285932	APX	Spec. Auth. MAP
		750mg	Apo-Levetiracetam	2285940	APX	Spec. Auth. MAP
Mirtazapine						
Tab	Orl	15mg	Apo-Mirtazapine	2286610	APX	AEFGVW MAP
Co.		30mg	Apo-Mirtazapine	2286629	APX	AEFGVW MAP
ODT	Orl	15mg	Novo-Mirtazapine OD	2279894	NOP	AEFGVW AAC 0.2730
Co. D.O.		30mg	Novo-Mirtazapine OD	2279908	NOP	AEFGVW AAC 0.5460
		45mg	Novo-Mirtazapine OD	2279916	NOP	AEFGVW AAC 0.8190
Sumatriptan						
Tab	Orl	100mg	Novo-Sumatriptan DF	2286831	NOP	Spec. Auth. MAP
Co.						
Tamsulosin Hydrochloride						
Tamsulosine (chlorhydrate de)						
SRC	Orl	0.4mg	Novo-Tamsulosin	2281392	NOP	Spec. Auth. AAC 0.6000
Caps.L.L.						
Venlafaxine Hydrochloride						
Venlafaxine (chlorhydrate de)						
SRC	Orl	37.5mg	Novo-Venlafaxine XR	2275023	NOP	AEFGVW AAC 0.5879
Caps.L.L.		75mg	Novo-Venlafaxine XR	2275031	NOP	AEFGVW AAC 1.1758
		150mg	Novo-Venlafaxine XR	2275058	NOP	AEFGVW AAC 1.2414
Warfarin Sodium						
Warfarine sodique						
Tab	Orl	3mg	Gen-Warfarin	2287498	GPM	AEFGVW MAP
Co.		6mg	Gen-Warfarin	2287501	GPM	AEFGVW MAP

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

						to	MAP
						Jan 14/07	Jan 15/07
Famciclovir							
Tab	Orl	125mg	Sandoz Famciclovir	2278634	SDZ	AAC	2.0240
Co.		250mg	Sandoz Famciclovir	2278642	SDZ	AAC	2.7200
Ipratropium Bromide/Salbutamol Sulfate							
Ipratropium (bromure d')/Salbutamol (sulfate de)							
Liq	Inh	2.5mg/0.5mg/2.5mL	Apo-Salvent Ipravent Sterules	2266393	APX	MAP	
Sumatriptan							
Tab	Orl	25mg	Novo-Sumatriptan DF	2286815	NOP	MAP	
Co.		50mg	Novo-Sumatriptan DF	2286823	NOP	MAP	

Bulletin n° 671

20 décembre 2006

MODIFICATIONS DES AVANTAGES DU *PMONB*

La présente mise à jour du *Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB)* entre en vigueur le 20 décembre 2006.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux avantages habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Autorisation spéciale – critères révisés**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, 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 le site Web du *PMONB* à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations, 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 AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Chlorhydrate de bupropion Ne requiert plus d'autorisation spéciale					
Co.L.L. Orl	100 mg Wellbutrin SR®	2237824	BVL	AEFGVW	PAM
	Sandoz Bupropion SR	2275074	SDZ		
	150 mg Wellbutrin SR®	2237825	BVL	AEFGVW	PAM
	Novo-Bupropion SR	2260239	NOP		
	Sandoz Bupropion SR	2275082	SDZ		
Famciclovir Ne requiert plus d'autorisation spéciale					
Co. Orl	125 mg Famvir®	2229110	NVR	AEFGVW	PAM
	Sandoz Famciclovir	2278634	SDZ		
	250 mg Famvir®	2229129	NVR	AEFGVW	PAM
	Sandoz Famciclovir	2278642	SDZ		
	500 mg Famvir®	2177102	NVR	AEFGVW	PAM
	Sandoz Famciclovir	2278650	SDZ		
Lovastatine/Acide nicotinique					
Co.L.L. Orl	20 mg/500 mg Advicor®	2270439	ORX	AEFGVW	PAR
	20 mg/1000 mg Advicor®	2270447	ORX		
Mésalamine					
Co. Ent. Orl	800 mg Asacol®	2267217	PGA	AEFGVW	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Quinagolide
(*Norprolac*®)
Comprimés de 0,075 mg
et de 0,15 mg

Indiqué pour le traitement des patients souffrant d'hyperprolactinémie qui sont résistants ou intolérants à la bromocriptine.

Ténofovir
(*Viread*®)
Comprimés de 300 mg

Indiqué pour le traitement des patients adultes qui ont subi des événements indésirables ou un échec virologique avec les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Tipranavir
(Aptivus®)
Capsules de 250 mg

Indiqué pour le traitement des patients adultes infectés par le VIH-1 ayant déjà reçu un traitement, chez qui les traitements par différents inhibiteurs de protéase ont échoué et pour qui les autres inhibiteurs de protéase ne constituent pas une possibilité de traitement.

Etanercept
(Enbrel®)
Injection de 25 mg

Infliximab
(Remicade®)
Injection de 100 mg

Spondylarthrite ankylosante

- Indiqué pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score ≥ 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'Indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) qui :
 - présentent des symptômes axiaux* ou périphériques et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période d'observation de trois mois ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués ;
 - ET
 - n'ont pas réagi de la manière appropriée à la dose optimale ou à la dose maximale tolérée d'un agent rhumatismal modificateur de la maladie (ARMM).

* Les patients souffrant d'uvéite récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une maladie du squelette axial n'ont pas à essayer les AINS seuls.

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'approbation sera accordée pour une période maximale de 6 mois.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les bienfaits du traitement, plus précisément :
 - une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement ;
 - OU
 - l'opinion du patient et du spécialiste concernant la réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

Infliximab : L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 5 mg/kg administrée au début, à la deuxième semaine et à la sixième semaine, puis toutes les six à huit semaines par la suite.

Étanercept : L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg par semaine.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Lévofoxacine
(Levaquin®)
Comprimés de 250 mg
et 500 mg

Moxifloxacine
(Avelox®)
Comprimés de 400 mg
Critères révisés

- Indiqué pour terminer la thérapie entreprise en milieu hospitalier visant à traiter une pneumonie nosocomiale, une pneumonie extra-hospitalière ou une exacerbation aiguë d'une bronchite chronique (EABC).
- Indiqué pour le traitement des patients souffrant de pneumonie grave habitant en foyers de soins. (avantage habituel pour le régime V).
- Indiqué pour le traitement¹ des patients atteints de pneumonie extra-hospitalière:
 - avec comorbidité² au moment de la confirmation de la pneumonie par radiographie ; *ou*
 - qui résistent aux traitements de première intention (macrolide, doxycycline, amoxicilline-clavulanate).
- Indiqué pour le traitement¹ de l'EABC compliquée des patients³ chez qui les traitements suivants ont échoué : amoxicilline, doxycycline, triméthoprime-sulfaméthoxazole, céfuroxime, macrolide, kétolide ou amoxicilline-clavulanate.

Les ordonnances rédigées par les infectologues, les microbiologistes médicaux, les spécialistes de médecine interne ou les pneumologues du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

- ¹ Si le patient a été traité par antibiotiques au cours des trois derniers mois, choisir un antibiotique d'une autre classe.
- ² Les comorbidités sont les suivantes : maladie pulmonaire chronique, malignité, diabète, insuffisance hépatique, rénale ou cardiaque congestive, l'utilisation d'antibiotiques ou de stéroïdes au cours des trois derniers mois, macroaspiration soupçonnée, hospitalisation au cours des trois derniers mois, VIH ou sida, tabagisme, malnutrition ou perte de poids importante.
- ³ L'EABC compliquée se définit par une toux plus fréquente, une expectoration plus abondante, une expectoration purulente et une aggravation de la dyspnée **ET**
 - VEMS < 50 % du taux prévu ;
OU
 - VEMS entre 50 et 60 % et l'un des états ou médicaments suivants :
 - ≥ 4 exacerbations par année ;
 - cardiopathie ischémique ;
 - utilisation chronique de stéroïdes oraux ;
 - utilisation d'antibiotiques au cours des trois derniers mois.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Tiotropium
(*Spiriva*[®])
Capsule de 18 mcg
pour inhalation

- Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave chez les patients qui manifestent toujours des symptômes après un essai de l'ipratropium d'une durée adéquate (2 à 4 mois), à raison de 12 inhalations par jour.

Les demandes relatives à un traitement simultané au moyen d'agonistes bêta 2 à action prolongée et de tiotropium ne seront pas examinées.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

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

Lévofloxacine	<i>Levaquin</i> [®]	Comprimés de 750 mg
Omalizumab	<i>Xolair</i> [®]	Format injectable de 150 mg/flacon
Rosuvastatine	<i>Crestor</i> [®]	Comprimés de 5 mg
30 % d'insuline aspart et 70 % d'insuline aspart protamine	<i>NovoMix</i> [™] 30	Injection de 100 U/mL

Bulletin n° 677

Le 23 février, 2007

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables 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 27 mars 2007 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 28 mars 2007.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.

Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Mar 27/07 Mar 28/07

Alendronate							
Tab	Orl	10mg	Sandoz-Alendronate	2288087	SDZ	Spec. Auth.	MAP
Co.							
		70mg	Sandoz-Alendronate	2288109	SDZ	Spec. Auth.	MAP
Bupropion Hydrochloride							
Bupropion (chlorhydrate de)							
SRT	Orl	100mg	ratio-Bupropion SR	2285657	RPH	AEFGVW	MAP
Co.L.L.							
		150mg	ratio-Bupropion SR	2285665	RPH	AEFGVW	MAP
Digoxin							
Digoxine							
Tab	Orl	0.0625mg	Apo-Digoxin	2281236	APX	AEFGVW	AAC 0.1520
Co.							
		0.125mg	Apo-Digoxin	2281228	APX	AEFGVW	AAC 0.1412
			pms-Digoxin	2245427	PMS		
		0.25mg	Apo-Digoxin	2281201	APX	AEFGVW	AAC 0.1412
			pms-Digoxin	2245428	PMS		
Famciclovir							
Tab	Orl	125mg	pms-Famciclovir	2278081	PMS	AEFGVW	MAP
Co.							
		250mg	pms-Famciclovir	2278103	PMS	AEFGVW	MAP
		500mg	pms-Famciclovir	2278111	PMS	AEFGVW	MAP
Fenofibrate							
Fénofibrate							
Tab	Orl	100mg	Sandoz-Fenofibrate S	2288044	SDZ	AEFGVW	AAC 0.7874
Co.							
		160mg	Sandoz-Fenofibrate S	2288052	SDZ	AEFGVW	MAP
Fentanyl Transdermal							
Fentanyl (transdermal de)							
Srd	Trd	25mcg	ratio-Fentanyl Transdermal	2282941	RPH	W & Spec. Auth.	MAP
		50mcg	ratio-Fentanyl Transdermal	2282968	RPH	W & Spec. Auth.	MAP
		75mcg	ratio-Fentanyl Transdermal	2282976	RPH	W & Spec. Auth.	MAP
		100mcg	ratio-Fentanyl Transdermal	2282984	RPH	W & Spec. Auth.	MAP
Medroxyprogesterone Acetate							
Médorxyprogestérone (acétate de)							
Tab	Orl	10mg	Apo-Medroxy	2277298	APX	AEFGVW	MAP
Co.							

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Mar 27/07 Mar 28/07

Omeprazole Magnesium

Oméprazole Magnésien

SRT	Orl	20mg	ratio-Omeprazole	2260867	RPH	Spec. Auth.	AAC	1.2500
Co.L.L.								

Ondansetron Hydrochloride Dihydrate

Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d')

Tab	Orl	4mg	Apo-Ondansetron	2288184	APX	W & Spec. Auth.	MAP	
Co.								
		8mg	Apo-Ondansetron	2288192	APX	W & Spec. Auth.	MAP	

Pramipexole Dihydrochloride (Monohydrate)

Pramipexole dihydrochloride

Tab	Orl	0.25mg	pms-Pramipexole	2290111	PMS	AEFVW	AAC	0.6930
Co.								
			Novo-Pramipexole	2269309	NOP			
		0.5mg	pms-Pramipexole	2290138	PMS	AEFVW	AAC	1.3860
			Novo-Pramipexole	2269317	NOP			
		1mg	pms-Pramipexole	2290146	PMS	AEFVW	AAC	1.3860
			Novo-Pramipexole	2269325	NOP			
		1.5mg	pms-Pramipexole	2290154	PMS	AEFVW	AAC	1.3860
			Novo-Pramipexole	2269333	NOP			

Ramipril

Cap	Orl	1.25mg	Apo-Ramipril	2251515	APX	AEFGVW	AAC	0.4550
Caps								
			ratio-Ramipril	2287692	RPH			
		2.5mg	Apo-Ramipril	2251531	APX	AEFGVW	AAC	0.5250
			ratio-Ramipril	2287706	RPH			
		5mg	Apo-Ramipril	2251574	APX	AEFGVW	AAC	0.5250
			ratio-Ramipril	2287714	RPH			
		10mg	Apo-Ramipril	2251582	APX	AEFGVW	AAC	0.6650
			ratio-Ramipril	2287722	RPH			

Trazodone Hydrochloride

Trazodone (chlorhydrate de)

Tab	Orl	50mg	ratio-Trazodone	2277344	RPH	AEFGVW	MAP	
Co.								
			(new formulation)					
		100mg	ratio-Trazodone	2277352	RPH	AEFGVW	MAP	
			(new formulation)					
		150mg	ratio-Trazodone	2277360	RPH	AEFGVW	MAP	
			(new formulation)					

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Mar 27/07 Mar 28/07

Ursodiol

Tab	Orl	250mg	pms-Ursodiol C	2273497	PMS	Spec. Auth.	AAC	0.9869
Co.		500mg	pms-Ursodiol C	2273500	PMS	Spec. Auth.	AAC	1.8720

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

Alendronate

Tab	Orl	5mg	Sandoz-Alendronate	2288079	SDZ		MAP	
Co.								

Bulletin n° 678

28 février 2007

MODIFICATIONS DES AVANTAGES DU PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 28 février 2007.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux avantages habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Médicaments examinés, non inscrits**
- **Prix admissible maximum (PAM) pour la clozapine**

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, 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 le site Web du PMONB à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations, 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

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Bésylate d'amlodipine		Ne requiert plus d'autorisation spéciale				
Co.	Orl	5 mg Norvasc®	878928	PFI	AEFVW	PAR
		10 mg Norvasc®	878936	PFI	AEFVW	PAR
Gliclazide						
Co.	Orl	80 mg Diamicon®	765996	SEV	ABEFGVW	PAM
		Gen-Gliclazide	2229519	GPM		
		Novo-Gliclazide	2238103	NOP		
		Apo-Gliclazide	2245247	APX		
		Sandoz Gliclazide	2254719	SDZ		
Glimépiride						
Co.	Orl	1 mg Amaryl®	2245272	SAV	ABEFGVW	PAM
		Sandoz Glimépiride	2269589	SDZ		
		Ratio-Glimépiride	2273101	RPH		
		Novo-Glimépiride	2273756	NOP		
		Co Glimépiride	2274248	CDP		
		2 mg Amaryl®	2245273	SAV	ABEFGVW	PAM
		Sandoz Glimépiride	2269597	SDZ		
		Ratio-Glimépiride	2273128	RPH		
		Novo-Glimépiride	2273764	NOP		
		Co Glimépiride	2274256	CDP		
		4 mg Amaryl®	2245274	SAV	ABEFGVW	PAM
		Sandoz Glimépiride	2269619	SDZ		
		Ratio-Glimépiride	2273136	RPH		
		Novo-Glimépiride	2273772	NOP		
		Co Glimépiride	2274272	CDP		
Pamoate de triptoréline						
Pds	I.M.	3,75 mg Trelstar®SR	2240000	PAL	AEFVW	PAR
		11,25 mg Trelstar®LA	2243856	PAL	AEFVW	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Amlodipine / Atorvastatine

(*Caduet^{MC}*)

Comprimés de 5/10 mg,
5/20 mg, 5/40 mg, 5/80 mg,
10/10 mg, 10/20 mg, 10/40 mg
10/80 mg

Pour le traitement des patients dont la dose a été ajustée à une combinaison stable des deux composants, soit l'amlodipine et l'atorvastatine.

Nota : Si le bénéficiaire a fait une demande de remboursement au *PMONB* pour l'amlodipine et l'atorvastatine au cours des six derniers mois, la demande pour *Caduet^{MC}* sera automatiquement remboursée sans autorisation spéciale.

Tréprostinil

(*Remodulin^{MC}*)

Solution de 1 mg/mL,
2,5 mg/mL, 5 mg/mL,
10 mg/mL

Pour le traitement des patients souffrant d'hypertension artérielle pulmonaire primitive ou d'hypertension artérielle pulmonaire secondaire à une collagénose avec manifestations vasculaires de classe fonctionnelle III ou IV selon les critères de la New York Heart Association qui :

1. n'ont pas répondu aux traitements non-prostanoides ;
2. qui ne sont pas de bons candidats à un traitement par époprosténol en raison de :
 - complications récurrentes antérieures liées à l'insertion du cathéter central (p. ex. infection, thrombose) ;
 - incapacité à utiliser le système d'administration compliqué de l'époprosténol ;
 - habitent dans une région dépourvue d'un accès rapide à des soins médicaux, ce qui pourrait compliquer les problèmes associés à une interruption abrupte de l'époprosténol.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Olanzapine (*Zyprexa[®]*)

Comprimés de 2,5 mg, 5 mg,
7,5 mg, 10 mg, 15 mg

(*Zyprexa Zydis[®]*)

Comprimés de 5 mg, 10 mg

- Pour les soins actifs et le traitement d'entretien liés à la schizophrénie et des troubles psychotiques apparentés.
- Pour le traitement actif d'épisodes maniaques ou mixtes du trouble bipolaire 1 chez les patients qui présentent une intolérance ou des antécédents d'échec thérapeutique à un autre antipsychotique atypique.
- Pour le traitement d'entretien chez les patients atteints de trouble bipolaire dont l'état est actuellement stable avec l'olanzapine.

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 par d'autres praticiens ne nécessiteront pas d'autorisation spéciale.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

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

Gliclazide	<i>Diamicron[®]MR</i>	comprimés à libération modifiée de 30 mg
Insuline detemir	<i>Levemir[®]</i>	cartouches pour style injecteur de 100 unités/mL
Pegaptanib	<i>Macugen^{MC}</i>	seringue préremplie de 0,3mg/90µL
Pegvisomant	<i>Somavert^{MC}</i>	flacon de 10 mg, 15 mg, 20 mg
Prégabaline	<i>Lyrica[®]</i>	capsules de 25 mg, 50 mg, 75 mg, 150 mg, 300 mg

L'inscription du produit suivant a été approuvée. Cependant, il ne peut être inscrit étant donné qu'il n'est pas actuellement offert sur le marché canadien.

Pantoprazole magnésique	<i>Pantoloc M^{MC}</i>	comprimés de 40 mg
--------------------------------	--------------------------------	--------------------

CLOZAPINE – AVIS DE PAM

Toutes les marques de clozapine sont actuellement remboursées au prix d'achat réel (PAR). **À compter du 15 mai 2007**, un prix admissible maximum (PAM) s'appliquera à la clozapine. Ce préavis vous est donné de sorte que vous disposiez de suffisamment de temps pour transférer les patients qui ne reçoivent pas actuellement une marque à prix moins élevé d'un système de registre de la clozapine propre à un fabricant à un autre.

Les PAM suivants entreront en vigueur le 15 mai 2007.

Médicament / Dosage	Marque d' interchangeables	DIN	Fabricant	PAM
Comprimés de 25 mg de clozapine	Clozaril [®]	894737	NVR	0,6594 \$
	Gen-Clozapine	2247243	GPM	
	Apo-Clozapine	2248034	APX	
Comprimés de 100 mg de clozapine	Clozaril [®]	894745	NVR	2,6446 \$
	Gen-Clozapine	2247244	GPM	
	Apo-Clozapine	2247035	APX	

L'information à l'intention des professionnels de la santé publiée par Santé Canada en juin 2004 concernant la surveillance des patients utilisant la clozapine est jointe et peut être consultée à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/medeff/clozapine_hpc-cps_f.pdf.



La Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA) affiche sur le site Web de Santé Canada des avertissements concernant l'innocuité des produits de santé, des avis de santé publique et des communiqués de presse afin d'être utilisés par les professionnels de la santé, les consommateurs et les autres parties intéressées. Ces avis sont parfois préparés avec les Directions de la DGPSA, incluant les secteurs pré-commercialisation et post-commercialisation, ainsi qu'avec les détenteurs d'autorisation de mise en marché et autres intervenants. Bien que la DGPSA soit responsable de l'homologation des produits thérapeutiques aux fins de mise en marché, elle n'endosse ni le produit ni la compagnie. Toute question concernant l'information relative à un produit devrait faire l'objet d'une discussion avec votre professionnel de la santé.

**Santé Canada publie des renseignements importants
sur la distribution de la CLOZAPINE au Canada**

le 22 juin 2004

Objet : Surveillance des patients utilisant la clozapine au Canada

Avis aux professionnels de la santé :

La Direction des produits de santé commercialisés (DPSC) et la Direction des produits thérapeutiques (DPT) tiennent à porter à votre attention des révisions importantes et imminentes relatives aux monographies des produits de clozapine commercialisés au Canada. Ces révisions visent l'amélioration de l'étiquetage et la résolution des problèmes actuels concernant le consentement des patients et le partage de l'information entre les registres. Comme vous le savez, le suivi des patients à l'aide de registres constitue le mécanisme visant à minimiser les risques connus d'agranulocytose associé à la clozapine.

Les révisions aux monographies de produits de clozapine porteront sur les éléments suivants :

- 1. Le changement de traitement d'un patient ou d'une patiente d'une marque de clozapine à une autre ne doit pas être effectué par un pharmacien à moins qu'il ou elle n'obtienne un nouveau formulaire d'inscription du patient propre au nouveau registre et rempli par le médecin prescripteur.**
- 2. Le médecin doit informer son patient ou sa patiente du partage possible d'information entre les registres de clozapine et documenter l'obtention du consentement du patient ou de la patiente, dans le but d'assurer une utilisation sécuritaire et une surveillance ininterrompue des patients traités avec la clozapine.**
- 3. La responsabilité des médecins pour l'envoi des résultats de laboratoire requis (décomptes des leucocytes et différentielle) au registre approprié se limitera à informer le laboratoire de l'endroit où les résultats hématologiques du patient doivent être acheminés.**
- 4. La surveillance hebdomadaire des décomptes des leucocytes et des neutrophiles pendant une période de quatre semaines à la fin du traitement n'est nécessaire qu'en cas de cessation de tout traitement avec la clozapine.**

Étant donné le risque significatif d'agranulocytose, les patients utilisant la clozapine, leur médecin traitant et leur pharmacien/pharmacienne attiré(e) doivent être inscrits dans le registre propre au type de produit de clozapine du patient. Les patient(e)s doivent se soumettre à des tests hématologiques réguliers pour surveiller le total de leurs globules blancs et leur nombre absolu de neutrophiles. Entre 1991 et 2003, la clozapine était distribuée par un seul fabricant et les patient(e)s étaient surveillés au moyen du registre spécifique à ce fabricant. L'année dernière, l'introduction de clozapine générique a engendré la mise sur pied d'autres registres.

À la suite de consultations auprès des représentants des détenteurs d'autorisation de mise sur le marché, de l'Association des psychiatres du Canada (APC), de la Société canadienne de schizophrénie (SCS) et de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP), Santé Canada adopte les étapes suivantes afin d'assurer l'utilisation sécuritaire et la surveillance ininterrompue des patient(e)s traité(e)s avec la clozapine au Canada :

- L'inclusion d'une déclaration sur le formulaire d'inscription du patient/de la patiente propre à un registre, signée par le médecin traitant, attestant que le patient/la patiente a été informé(e) de l'échange possible d'information entre les registres de clozapine afin d'assurer la surveillance continue et l'utilisation sécuritaire du médicament. L'intégration de ce texte au formulaire d'inscription du patient/de la patiente est nécessaire pour surmonter des problèmes actuels ayant trait à l'échange d'information entre les registres, et causés en partie par certaines implications possibles de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPAPDÉ), la loi fédérale assurant la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, y compris l'information sur la santé. Comme mesure préventive et pour éviter toute confusion, les médecins devraient aussi demander aux patient(e)s qui prennent déjà de la clozapine de remplir le nouveau formulaire d'inscription du patient/de la patiente.
- Un feuillet d'information à l'intention des patients, préparé en collaboration avec la Société canadienne de schizophrénie est aussi fourni, pour aider les médecins à documenter le consentement du patient/de la patiente en ce qui a trait à l'échange d'information entre les registres.
- Une révision adéquate des monographies du produit de clozapine afin d'incorporer les changements décrits au-début du présent texte.

Toute question relative à un produit ou un registre spécifique devra être adressée à la compagnie concernée. Toute demande de renseignements relative aux changements à venir aux monographies de produit devra être adressée à la Direction des produits thérapeutiques (DPT), par téléphone: (613) 957-0368, par fax: (613) 952-7756 ou par courriel: TPD-General-DPT-Général@hc-sc.gc.ca. Toute autre demande de renseignements relative à la présente lettre devra être adressée à la Direction des produits de santé commercialisés (DPSC) par téléphone: (613) 946-5140, par fax: (613) 946-6011 ou par email: MHPD_DPSC@hc-sc.gc.ca.

La mise en oeuvre de ces étapes permettra l'établissement d'un réseau plus efficace de registres indépendants et améliorera ainsi la continuité des soins des patients traités avec la clozapine.

Informations sur le consentement du patient/de la patiente en ce qui a trait au partage de l'information

1. Pourquoi dois-je subir des prises de sang pendant que je suis traité(e) avec de la clozapine?

La clozapine a été liée à une condition grave qui diminue les globules blancs dans le sang (agranulocytose). Étant donné les risques liés à cette condition, des analyses sanguines régulières mesurant les globules blancs doivent être effectuées chez toute personne traitée avec la clozapine afin d'assurer que leurs globules blancs demeurent normaux.

2. Pourquoi est-ce que mon docteur a besoin de mon consentement?

Le médicament que vous prenez, la clozapine, est produit par plusieurs fournisseurs. Chaque fournisseur utilise son propre système de surveillance afin d'assurer la sécurité des patient(e)s. Si votre médecin et/ou votre pharmacien(ne) change la marque de la clozapine que vous prenez, votre dossier sera transféré à un différent système de surveillance. Si c'est le cas, il est très important que votre nouveau fournisseur puisse accéder à vos résultats d'analyses antérieures des globules blancs afin que votre médecin puisse s'assurer que vous êtes adéquatement suivis.

Il est aussi important de vérifier avec tous les registres, dès le début du traitement, que vous n'avez pas expérimenté, par le passé, une diminution de vos globules blancs lors de l'utilisation de la clozapine. Votre consentement est nécessaire pour permettre cette vérification et assurer le partage de l'information.

3. Pourquoi est-ce que des renseignements personnels, comme mes initiales, ma date de naissance, mon sexe et mon numéro de carte santé sont recueillis et utilisés aux fins d'identification?

Ces renseignements seront recueillis et utilisés à plusieurs fins. Étant donné que ces renseignements sont propres à vous, ils aident à assurer que les résultats de vos analyses ne sont pas mêlés avec ceux d'une autre personne qui est traitée avec le même médicament. L'utilisation de cette information évite aussi la nécessité d'utiliser votre nom complet et protège donc votre vie privée.

4. Est-ce que mes renseignements personnels peuvent être utilisés à d'autres fins?

Non. Vos renseignements personnels ne sont utilisés que pour assurer que vous êtes adéquatement surveillé(e), peu importe la marque de clozapine que vous prenez.

5. Où est-ce que je peux trouver de l'information sur la protection des renseignements personnels ayant trait à la santé dans le secteur privé?

Il est possible de trouver de l'information à ce sujet sur le site Web d'Industrie Canada à l'adresse suivante :

<http://www.e-com.ic.gc.ca/epic/internet/inecic-ceac.nsf/fr/gv00235f.html>

Bulletin n° 680

Le 30 avril 2007

MODIFICATIONS DES AVANTAGES DU *PMONB*

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (*PMONB*) entre en vigueur le 30 avril 2007.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux avantages habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Rappel : Prix admissible maximum (PAM) pour la clozapine. Date d'effet : 15 mai 2007.**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, 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 le site Web du *PMONB* à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations, 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 AVANTAGES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Norgestimate/éthinyloestradiol					
Co. Orl 180/215/250/25µg	Tri-Cyclen Lo [®] (21)	2258560	JAN	EFGV	PAR
	Tri-Cyclen Lo [®] (28)	2258587	JAN	EFGV	PAR
Travoprost/maléate de timolol					
Sol Oph 0,004 %/0,05 %	DuoTrav ^{MC}	2278251	ALC	AEFVW	PAR
Analogues de prostaglandine – Autorisation spéciale non requise désormais					
Bimatoprost					
Sol Oph 0,03 %	Lumigan [®]	2245860	ALL	AEFGVW	PAR
Latanoprost					
Sol Oph 50 mcg/ml	Xalatan [®]	2231493	PFI	AEFGVW	PAR
Latanoprost/timolol					
Sol Oph 50 mcg/5 mg/ml	Xalacom [®]	2246619	PFI	AEFGVW	PAR
Travoprost					
Sol Oph 0,004 %	Travatan [®]	2244896	ALC	AEFGVW	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Tamsulosine
(*Flomax CR[®]*)
Capsules de 0,4 mg

Traitement thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) chez les patients dont le traitement a échoué ou présentant une intolérance aux traitements de substitution (p. ex. térazosine, doxazosine).

Ténofovir/emtricitabine
(*Truvada^{MC}*)
Comprimés de 300 mg et 200 mg

Traitement initial de substitution chez les patients adultes infectés par le VIH (bénéficiaires du plan U) ayant manifesté des signes d'hypersensibilité ou des effets secondaires aux autres analogues nucléosidiques, parmi lesquels figurent la bithérapie lamivudine/zidovudine, l'abacavir, la stavudine ou la didanosine, et qui ne présentent aucun risque d'échec virologique ni de progression clinique au traitement initial antirétroviral.

Trospium
(*Trosec^{MC}*)
Comprimés de 20 mg

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

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Finastéride
(*Proscar*[®])
Comprimés de 5 mg

Nouvelle indication ajoutée aux critères existants :

1. Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) :
 - en cas de contre-indication, d'intolérance ou d'échec de traitement aux alphabloquants;
 - en association avec un alphabloquant lorsqu'un traitement à base d'alphabloquants a été indiqué en monothérapie à l'essai et qu'une réponse partielle a été observée.
2. L'approbation initiale sera limitée à une durée maximale de 6 mois et pourra être renouvelée à la demande du médecin une fois la réponse clinique établie.

Voriconazole
(*Vfend*^{MC})
Comprimés 50 mg et
200 mg

Nouvelles indications ajoutées aux critères existants :

- Pour le traitement de l'aspergillose invasive. Les demandes initiales doivent être approuvées pour un maximum de 3 mois.
- Traitement des candidoses invasives révélées par culture positive avec une résistance prouvée au fluconazole.

Doit être prescrit en consultation avec un spécialiste en maladies infectieuses ou en microbiologie médicale.

CLOZAPINE - PRIX ADMISSIBLE MAXIMAL (PAM) : RAPPEL

Merci de noter que le prix admissible maximal (PAM) sera appliqué pour la clozapine à compter **du 15 mai 2007**. Les renseignements complémentaires à ce sujet figurent dans le Bulletin n°678 daté du 28 février 2007. (www.gnb.ca/0212/pdf/NBPDP_Bulletin/NBPDPBulletin678February28,2007.pdf)

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

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

Alefacept (nouvelle soumission)	<i>Amevive</i> [®]	Flacon pour injection 15 mg/0,5 ml
Alendronate + Cholécalférol	<i>Fosavance</i> ^{MC}	Comprimés 70 mg + 70 µg (vitamine D ₃ 2 800 U.I.)
Darifénacine	<i>Enablex</i> [®]	Comprimés de 7,5 mg et 15 mg
Fénofibrate	<i>Lipidil EZ</i> [®]	Comprimés de 48 mg et 145 mg
Insuline glargine (nouvelle soumission)	<i>Lantus</i> [®]	Flacon et ampoule pour injection de 100 U.I./ml
Fer-saccharose	<i>Venofer</i> [®]	Solution pour injection 20 mg/ml

Bulletin n° 682

24 mai 2007

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 mai 2007.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

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

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, 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 le site Web du *PMONB* à l'adresse suivante: www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations, 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	\$
Ciclésotide					
Aem Inhalateur 100 mcg	Alvesco®	2285606	ATA	ABEFGVW	PAR
200 mcg	Alvesco®	2285614	ATA	ABEFGVW	PAR
Mononitrate d'isosorbide					
Co. Oral 60 mg	Imdur®	2126559	AZE	AEFGVW	PAM
	Apo-ISMN	2272830	APX	AEFGVW	PAM
Lamivudine Ne requiert plus d'autorisation spéciale					
Co. Oral 100 mg	Heptovir®	2239193	GSB	AEFGVW	PAR
Tamsulosine Ne requiert plus d'autorisation spéciale					
Caps Oral 0,4 mg	Novo-Tamsulosin	2281392	NOP	AEVW	PAM

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Époprosténol

(Flolan®)

Flacon pour injection 0,5 mg et 1,5 mg

1. Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire primitive de classe III ou IV selon les normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) chez les patients qui ne montrent aucune vasoréactivité au cours de l'épreuve ou qui ont montré une vasoréactivité au cours de l'épreuve mais ont échoué un essai aux antagonistes du calcium, ou ont montré une intolérance à ceux-ci.
2. Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe III ou IV selon l'OMS associée à une sclérodémie chez les patients qui répondent mal au traitement traditionnel.

Etonogestrel/éthinyli estradiol

(NuvaRing^{MC})

Anneau vaginal 11,4 mg/2,6 mg

Pour le contrôle de la conception chez les femmes pour lesquelles les contraceptifs oraux ne sont pas convenables.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Adalimumab

(*Humira^{MC}*)

Injection de 40 mg/0,8mL
(50 mg/mL)

Nouvelle indication ajoutée aux critères existants :

Indiqué pour le traitement des patients atteints de polyarthrite psoriasique active qui :

- présentent au moins trois articulations douloureuses et actives;
- n'ont pas répondu à un essai adéquat avec deux agents antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) ou présentent une intolérance ou une contre-indication aux ARMM.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

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

Adéfovir dipivoxil	(<i>Hepsera[®]</i>)	Comprimés de 10 mg
Escitalopram oxalate	(<i>Ciprallex[®]</i>)	Comprimés de 10 mg et de 20 mg
Solifénacine	(<i>Vesicare[®]</i>)	Comprimés de 5 mg et 10 mg

Le fabricant a fait savoir qu'il ne commercialisera pas le produit suivant et qu'il a retiré sa demande.

Ramipril et féلودipine	(<i>Altace[®] Plus féلودipine</i>)	Comprimés de 2,5mg/2,5mg, 5 mg/5 mg
-------------------------------	---	-------------------------------------

Bulletin n° 685

Le 11 juin, 2007

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables 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 17 juillet 2007 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 18 juillet 2007.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

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
July 17/07 July 18/07

Ceftriaxone Disodium								
Ceftriaxone disodique								
Pws	Inj	1gm	Ceftriaxone	2292270	SDZ	BEFGVW	AAC	24.5000
Pds.								
		2gm	Ceftriaxone	2292289	SDZ	BEFGVW	AAC	48.2750
Cilazapril								
Tab	Orl	1mg	Apo-Cilazapril	2291134	APX	AEFGVW	MAP	
Co.								
		2.5mg	Apo-Cilazapril	2291142	APX	AEFGVW	MAP	
			Co-Cilazapril	2285215	COB			
		5mg	Apo-Cilazapril	2291150	APX	AEFGVW	MAP	
			Co-Cilazapril	2285223	COB			
Famciclovir								
Tab	Orl	125mg	Apo-Famciclovir	2292025	APX	AEFGVW	MAP	
Co.								
		250mg	Apo-Famciclovir	2292041	APX	AEFGVW	MAP	
		500mg	Apo-Famciclovir	2292068	APX	AEFGVW	MAP	
Fenofibrate								
Fénofibrate								
Tab	Orl	100mg	Novo-Fenofibrate S	2289083	NOP	AEFGVW	MAP	
Co.								
		160mg	Novo-Fenofibrate S	2289091	NOP	AEFGVW	MAP	
Fluconazole								
Cap	Orl	150mg	pms-Fluconazole	2282348	PMS	AEFGVW	MAP	
Caps								
Fluticasone Propionate								
Aem	Orl	50mcg	Apo-Fluticasone	2294745	APX	ABEFGVW	AAC	0.1831
Aém								
Leflunomide								
Léflunomide								
Tab	Orl	10mg	pms-Leflunomide	2288265	PMS	Spec. Auth.	MAP	
Co.								
		20mg	pms-Leflunomide	2288273	PMS	Spec. Auth.	MAP	

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
July 17/07 July 18/07

Ondansetron Hydrochloride Dihydrate
Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d')

Liq	Inj	2mg/mL						
			Ondansetron (Preservative Free)	2265524	NOP	W	AAC	6.6100
			Ondansetron (With Preservative)	2265532	NOP	W	AAC	6.6100

Oxycodone Hydrochloride
Oxycodone (chlorhydrate d')

Tab	Orl	10mg	Supeudol	443948	SDZ	W & Spec. Auth.	AAC	0.3680
Co.		20mg	Supeudol	2262983	SDZ	W & Spec. Auth.	AAC	0.5810

Perindopril Erbumine

Tab	Orl	8mg	Apo-Perindopril	2289296	APX	AEFGVW	AAC	0.8927
Co.								

Pramipexole Dihydrochloride (Monohydrate)

Pramipexole dihydrochloride

Tab	Orl	0.25mg	Apo-Pramipexole	2292378	APX	AEFVW	MAP	
Co.		0.5mg	Apo-Pramipexole	2292386	APX	AEFVW	MAP	
		1mg	Apo-Pramipexole	2292394	APX	AEFVW	MAP	
		1.5mg	Apo-Pramipexole	2292408	APX	AEFVW	MAP	

Ramipril

Cap	Orl	1.25mg	Novo-Ramipril	2283891	NOP	AEFVW	MAP	
Caps		2.5mg	Novo-Ramipril	2247945	NOP	AEFVW	MAP	
		5mg	Novo-Ramipril	2247946	NOP	AEFVW	MAP	
		10mg	Novo-Ramipril	2247947	NOP	AEFVW	MAP	

Risperidone

Rispéridone

Tab	Orl	0.25mg	Sandoz-Risperidone (New DIN)	2292807	SDZ	AV & Spec. Auth.	MAP	
Co.								

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONBto MAP
July 17/07 July 18/07Sertraline Hydrochloride
Sertraline (chlorhydrate de)

Cap	Orl	25mg	Co-Sertraline	2287390	COB	AEFGVW	MAP
Caps		50mg	Co-Sertraline	2287404	COB	AEFGVW	MAP
		100mg	Co-Sertraline	2287412	COB	AEFGVW	MAP

Tamsulosin Hydrochloride
Tamsulosin (chlorhydrate de)

SRC	Orl	0.4mg	ratio-Tamsulosin	2294265	RPH	AEFVW	MAP
Caps.L.L.			Sandoz-Tamsulosin	2295121	SDZ		

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

Cefprozil

Pwr	Orl	250mg/mL	Ran-Cefprozil	2293579	RAN	AAC	0.2213
Pds.							

Tab	Orl	250mg	Apo-Cefprozil	2292998	APX	AAC	1.1329
Co.			Ran-Cefprozil	2293528	RAN		
		500mg	Apo-Cefprozil	2293005	APX	AAC	2.2214
			Ran-Cefprozil	2293536	RAN		

Lactulose

Syr	Orl	667mg/mL	GPI-Lactulose	2280078	ORB	MAP	
Sir.							

Bulletin n° 686

11 juillet 2007

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 11 juillet 2007.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

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

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, 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 le site Web du *PMONB* à l'adresse suivante: www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations, 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

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$	
Acétate de leuprolide						
Suspension Sous-cutanée 45 mg traitement de 6 mois	Eligard®	2268892	SAV	AEFVW	PAR	
Risperidone						
Liquide Oral 1 mg/mL	Risperdal® pms-Risperidone Apo-Risperidone	2236950 2279266 2280396	JAN PMS APX	AEFGVW	PAM	
Risperidone – Ne requiert plus d'autorisation spéciale						
Comprimé Oral 0,25 mg	Risperdal® pms-Risperidone ratio-Risperidone Sandoz-Risperidone Sandoz-Risperidone Ran-Risperidone Apo-Risperidone Gen-Risperidone Co-Risperidone Novo-Risperidone	2240551 2252007 2264757 2279509 2292807 2280906 2282119 2282240 2282585 2282690	JAN PMS RPH SDZ SDZ RAN APX GEN COB NOP	AEFGVW	PAM	
	0,5 mg	Risperdal® pms-Risperidone ratio-Risperidone Sandoz-Risperidone Ran-Risperidone Apo-Risperidone Gen-Risperidone Co-Risperidone Novo-Risperidone	2240552 2252015 2264765 2279495 2280914 2282127 2282259 2282593 2264188	JAN PMS RPH SDZ RAN APX GEN CDP NOP	AEFGVW	PAM
	1 mg	Risperdal® pms-Risperidone ratio-Risperidone Sandoz-Risperidone Ran-Risperidone Apo-Risperidone Gen-Risperidone Co-Risperidone Novo-Risperidone	2025280 2252023 2264773 2279800 2280922 2282135 2282267 2282607 2264196	JAN PMS RPH SDZ RAN APX GEN COB NOP	AEFGVW	PAM

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$	
Rispéridone – Ne requiert plus d'autorisation spéciale						
Comprimé Oral	2 mg	Risperdal®	2025299	JAN	AEFGVW	PAM
		pms-Rispéridone	2252031	PMS		
		ratio-Rispéridone	2264781	RPH		
		Sandoz-Rispéridone	2279819	SDZ		
		Ran-Rispéridone	2280930	RAN		
		Apo-Rispéridone	2282143	APX		
		Gen-Rispéridone	2282275	GEN		
		Co-Rispéridone	2282615	COB		
		Novo-Rispéridone	2264218	NOP		
	3 mg	Risperdal®	2025302	JAN		
pms-Rispéridone		2252058	PMS			
ratio-Rispéridone		2264803	RPH			
Sandoz-Rispéridone		2279827	SDZ			
Ran-Rispéridone		2280949	RAN			
Apo-Rispéridone		2282151	APX			
Gen-Rispéridone		2282283	GEN			
Co-Rispéridone		2282623	COB			
Novo-Rispéridone		2264226	NOP			
4 mg		Risperdal®	2025310	JAN	AEFGVW	PAM
	pms-Rispéridone	2252066	PMS			
	ratio-Rispéridone	2264811	RPH			
	Sandoz-Rispéridone	2279835	SDZ			
	Ran-Rispéridone	2280957	RAN			
	Apo-Rispéridone	2282178	APX			
	Gen-Rispéridone	2282291	GEN			
	Co-Rispéridone	2282631	COB			
	Novo-Rispéridone	2264234	NOP			
	Valacyclovir – Ne requiert plus d'autorisation spéciale					
Comprimé Oral	500 mg	Valtrex®	2219492	GSK	AEFGVW	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Oxycodone

(*Oxycontin*[®])

Comprimés à libération contrôlée
de 5 mg

Indiqué pour le traitement de la douleur modérée à grave liée au cancer ou de la douleur chronique bénigne.

Rosiglitazone + metformine

(*Avandamet*[®])

Comprimés de 1 mg/500 mg,
2 mg/500 mg, 4 mg/500 mg,
2 mg/1000 mg, 4 mg/1000 mg

Indiqué pour le traitement du diabète de type 2 chez les patients dont l'état est actuellement stable en prenant des dosages équivalents de metformine et de rosiglitazone.

Rispéridone

(*Risperdal*[®] *M-Tab*[®])

3 mg, 4 mg

Comprimés à dissolution orale

- Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles psychotiques apparentés.
- Pour les patients souffrant de démence grave dans le cadre d'un traitement symptomatique à court terme des troubles de comportement liés à l'agression ou à la psychose.
- Pour le traitement aigu des épisodes maniaques associés au trouble bipolar 1.

Les demandes seront prises en considération pour les patients qui ont du mal à avaler des comprimés.

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.

Changement à l'admissibilité

Rispéridone

(*Risperdal*[®] *M-Tab*[®])

0,5 mg, 1 mg, 2 mg

Comprimés à dissolution orale

Les comprimés de 0,5 mg et 1 mg de *Risperdal*[®] *M-Tab*[®] nécessitent maintenant une autorisation spéciale pour tous les régimes. Les critères susmentionnés s'appliquent à tous les dosages.

Nota : Les comprimés pelliculés et la solution orale de rispéridone (*Risperdal*[®] et génériques) sont maintenant des garanties habituelles dans le cadre de tous les régimes.

Dosage	Coûts pour le rispéridone (PMONB)		
	Comprimés	Solution orale	M-Tab [®]
0,25 mg	0,26 \$	0,19 \$	-
0,5 mg	0,44 \$	0,39 \$	0,75 \$
1 mg	0,60 \$	0,77 \$	1,04 \$
2 mg	1,21 \$	1,54 \$	2,08 \$
3 mg	1,81 \$	2,31 \$	3,12 \$
4 mg	2,42 \$	3,08 \$	4,16 \$

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

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

Toxine botulinum de type A – pour l'hyperhidrose axillaire	<i>(Botox®)</i>	flacon de 100 U.I.
Candésartan	<i>(Atacand®)</i>	comprimés de 4 mg
Niacine	<i>(Niaspan®)</i>	comprimés à libération prolongée de 500mg, 750mg et 1000mg
Pravastatine (pms-Pravastatine) comprend de l'AAS (Asaphen E.C.)	<i>(PravASA®)</i>	comprimés de 10 mg, de 20 mg et de 40 mg comprenant des comprimés d'AAS à action retardée de 81 mg
Télithromycine – nouvelle demande	<i>(Ketek®)</i>	comprimés de 400 mg

Bulletin n° 688

Le 13 juillet 2007

Demandes de règlement pour la méthadone

Nous avons remarqué qu'il peut y avoir une certaine confusion en ce qui concerne la procédure de facturation relativement à la présentation des demandes de règlement pour la solution orale composée de méthadone au *Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick* (PMONB).

Afin d'assurer une analyse précise et des données de qualité uniforme, veuillez présenter les demandes de règlement pour la méthadone comme suit :

- L'unité de mesure (quantité) pour la facturation des demandes de règlement pour la solution orale composée de méthadone est le milligramme. Par exemple, une dose de 70 mg de méthadone doit être facturée comme une quantité de 70.
- Le prix d'achat réel (PAR) pour la solution orale composée de méthadone délivrée doit être indiqué.
- Les NIP du PMONB de la solution orale composée de méthadone sont les suivants :
 - Dépendance aux opioïdes 00999734
 - Doses régulières pour les douleurs chroniques 00999801
 - Doses pour les percées de douleur 00999802

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

Je vous prie d'agréer mes salutations les meilleures.

Debbie LeBlanc

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Bulletin n° 689

Le 18 juillet 2007

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 18 juillet 2007.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

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

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, 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 le site Web du *PMONB* à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations, 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

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Darunavir

(*Prezista^{MD}*)

Comprimés de 300 mg pour le régime U (personnes infectées par le VIH)

Indiqué pour le traitement du VIH chez des patients adultes (bénéficiaires du plan U) ayant déjà reçu un traitement, chez qui le traitement par de multiples inhibiteurs de protéase ont échoué et pour qui des inhibiteurs de protéase moins chers ne constituent pas une option de traitement.

Rituximab

(*Rituxan[®]*)

Fiole de 100 mg et 500 mg pour perfusion intraveineuse

- Indiqué pour le traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde active grave qui n'ont pas répondu à un essai adéquat avec un agent anti-TNF.
 - Rituximab ne sera pas remboursé s'il est pris en concomitance avec des agents anti-TNF.
 - Le traitement au rituximab ne sera réapprouvé que pour les patients chez qui une bonne réponse a été obtenue, suivie d'une perte subséquente de l'effet après un intervalle d'au moins six mois depuis la dernière dose.
-

Citrate de sildénafil

(*Revatio^{MD}*)

Comprimés de 20 mg

- Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire primitive de classe fonctionnelle III selon les normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) chez les patients qui ne montrent aucune vasoréactivité au cours de l'épreuve ou qui ont montré une vasoréactivité au cours de l'épreuve mais ont échoué un essai aux antagonistes du calcium.
 - Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III selon les normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) associée à une maladie des tissus conjonctifs chez les patients qui ne répondent pas au traitement traditionnel.
 - Le diagnostic de l'hypertension artérielle pulmonaire doit être confirmé par cathétérisme cardiaque.
 - La dose maximale remboursable de sildénafil est de 20 mg trois fois par jour.
-

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Sunitinib

(*Sutent^{MD}*)

Capsules de 12,5 mg, de 25 mg
et de 50 mg

- Indiqué pour le traitement de patients atteints de tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) métastatiques ou récurrentes ou inopérables avec présence du récepteur c-kit positif (CD117) qui rencontrent les critères pour imatinib et qui :
 - sont à un stade précoce (après 6 mois) après avoir pris de l'imatinib ;
 - manifestent une progression après un traitement avec des doses (augmentées progressivement) optimales d'imatinib, ou
 - sont intolérants à l'imatinib.
- La dose remboursable est de 50 mg par jour (4 semaines de médicament, 2 semaines sans médicament).
- La réponse au sunitinib doit être évaluée au moins tous les six mois et le traitement doit être interrompu lorsqu'il y a des preuves objectives de la progression de la maladie.
- Le sunitinib ne sera pas remboursé s'il est pris en concomitance avec l'imatinib.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

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

Mésylate de rasagiline

(*Azilect^{MD}*)

Comprimés de 0,5 mg et 1 mg

Sorafenib

(*Nexavar[®]*)

Comprimés de 200 mg

Bulletin n° 692

Le 31 août 2007

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU *PMONB*

Cette mise à jour du *Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB)* entre en vigueur le 31 août 2007.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

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

Si vous préférez recevoir le bulletin en format électronique plutôt qu'en format imprimé, 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 le site Web du *PMONB* à l'adresse suivante : www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

Si vous avez des questions ou des préoccupations, 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

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Mésylate de déféroxamine							
Pd.	Inj	500 mg	Desferal®	1981242	NVR		
			pms-déféroxamine	2242055	PMS	AEFGVW	PAM
			Déféroxamine	2241600	HOS		
		2 g	Desferal®	1981250	NVR		
			Déféroxamine	2247022	HOS	AEFGVW	PAM
Épinéphrine USP							
Liq.	Inj	0,15 mg	Twinject ^{MC}	2268205	PAL		
		0,3 mg	Twinject ^{MC}	2247310	PAL	AEFGVW	PAR
Interféron bêta-1a							
Liq.	Inj	30 mcg/0,5 mL	Avonex®PS	2269201	BIG	H	PAR
Tartrate de métoprolol							
Co.L.L.	Oral	100 mg	Lopresor SR®	658855	NVR		
		200 mg	Lopresor SR®	534560	NVR	AEFGVW	PAR
Somatropine							
Pd.	Inj	8,8 mg	Saizen®	2272083	EMD	T	PAR
Chlorhydrate de sotalol							
Co.	Oral	80 mg	Apo-Sotalol	2210428	APX		
			Co-Sotalol	2270625	CDP		
			Gen-Sotalol	2229778	GPM		
			Novo-Sotalol	2231181	NOP		
			Nu-Sotalol	2200996	NXP	AEFGVW	PAM
			pms-Sotalol	2238326	PMS		
			Rhoxal-Sotalol	2234008	RHO		
			Sandoz Sotalol	2257831	SDZ		

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Déférasirox

(*Exjade^{MC}*)

Comprimés dispersibles de
125 mg, 250 mg, 500 mg pour
suspension

Pour les patients ayant besoin d'un chélateur du fer mais pour qui la déféroxamine est contre-indiquée.

Étanercept

(*Enbrel[®]*)

Seringues préremplies avec
50 mg/ml

Les critères sont les mêmes que ceux énumérés dans les formulations étanercept pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante, de la polyarthrite rhumatoïde infantile, de la polyarthrite psoriasique et de la polyarthrite rhumatoïde.

Consultez le *Formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB)* pour connaître tous les critères.

www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp

Lansoprazole

(*Prevacid[®] FasTab*)

Comprimés à libération retardée de
30 mg

Pour les patients qui respectent les critères d'autorisation spéciale pour un inhibiteur de la pompe à protons et qui ont besoin que le médicament soit administré par une sonde d'alimentation.

Somatropine

(*Saizen[®]*)

Flacon pour injection de 8,8 mg

- Indiqué dans le traitement de la petite taille associée au syndrome de Turner chez les patients dont les épiphyses ne sont pas fermées.
- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.

Nota : Le Somatropine est un service assuré habituel pour le régime T.

Acide zolédronique

(*Aclasta[®]*)

5 mg/100 ml pour perfusion
intraveineuse

Indiqué dans le traitement de la maladie osseuse de Paget.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Capécitabine

(*Xeloda*[®])

Comprimés de 150 mg et de 500 mg

Nouvelle indication ajoutée aux critères existants :

1. Indiqué dans le cadre d'une monothérapie pour les patients souffrant de cancer colorectal n'ayant jamais reçu de chimiothérapie ou les patients qui ont évolué pendant 6 mois après avoir reçu un traitement auxiliaire composé de 5-FU et de leucovorine. La couverture sera limitée dans le cas de :
 - a) Cancer colorectal métastatique, accompagné d'un indice de performance ECOG entre 0 et 2*, lorsque la polychimiothérapie de première ligne (5-FU/leucovorine/irinotecan) est refusée ou n'est pas tolérée.
 - b) **Cancer du côlon de stade III (Stade C selon la classification de Dukes) et dont l'indice de ECOG varie de 0 à 1[†] en tant que traitement auxiliaire.**
2. Indiqué pour le traitement des patients atteints du cancer du sein métastatique pour lesquels la thérapie au taxane a échoué ou qui présentent une intolérance à cette thérapie et dont l'indice de performance ECOG varie de 0 à 2*.

Doit être prescrit par un spécialiste en hématologie ou en oncologie. Le médicament sera approuvé pour une période maximale de 6 mois.

* Les patients qui sont asymptomatiques ou ceux qui présentent des symptômes et sont alités moins de 50 % du temps.

† Les patients qui sont asymptomatiques ou ceux qui présentent des symptômes et sont entièrement ambulants.

Tizanidine

(*Zanaflex*[®] et ses génériques)

Comprimés de 4 mg

Indiqué pour le traitement de la spasticité causée en raison d'un traumatisme cérébral, de la sclérose en plaques (SEP), d'un traumatisme médullaire ou d'un accident vasculaire cérébral (ACV) chez les patients pour qui le baclofène est contre-indiqué, inefficace ou n'est pas toléré.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

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

Acétate d'histréline	<i>(Vantas[®])</i>	50 mg par implant sous-cutané
Natalizumab	<i>(Tysabri^{MC})</i>	Flacon de 300 mg/15 ml pour perfusion intraveineuse
Penciclovir	<i>(Denavi^{MC})</i>	Crème topique à 1 %
Sunitinib – pour le traitement de l'hypernéphrome métastatique	<i>(Sutent^{MC})</i>	Capsules de 12,5 mg, de 25 mg et de 50 mg
Valsartan	<i>(Diovan[®])</i>	Comprimés de 40 mg

Bulletin n° 694

Le 2 octobre 2007

REMBOURSEMENT DE LA MÉTHADONE

Ce bulletin présente la politique et les procédures concernant la délivrance et le remboursement de la méthadone pour les cas de dépendance aux opioïdes en vertu du *Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB)*, qui entreront en vigueur le 8 octobre 2007.

Cette politique s'inscrit dans le cadre des autres politiques et lignes directrices provinciales relatives à la prestation d'un traitement par méthadone et à la distribution de cette substance. Les principaux changements sont les suivants :

- Les doses à emporter sont remboursées aux bénéficiaires admissibles.
- Il est possible d'autoriser le remboursement de la méthadone à une deuxième pharmacie dans le cas où le bénéficiaire habite une région où il n'y a pas de pharmacie ouverte sept jours sur sept.

Vous trouverez ci-joint des renseignements détaillés sur ces dispositions ainsi que d'autres renseignements connexes.

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

Je vous prie d'agréer mes salutations les meilleures.

Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Politique du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) sur le remboursement de la méthadone

Admissibilité

Pour recevoir de la méthadone pour une dépendance aux opioïdes à titre de garantie du PMONB, le bénéficiaire doit :

- avoir reçu une ordonnance pour un traitement d'entretien à la méthadone après avoir été examiné par un médecin du Nouveau-Brunswick conformément au programme *Traitement d'entretien à la méthadone : Directives et procédures à l'intention des Services de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick* (http://www.gnb.ca/0051/0378/pdf/Methadone_Policies-f.pdf);
- être âgé de 16 ans et plus;
- recevoir un traitement global pour une dépendance aux opioïdes conformément au programme *Traitement d'entretien à la méthadone : Directives et procédures à l'intention des Services de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick*;
- avoir rempli et soumis un formulaire de consentement pour les services de prescription de méthadone restreints indiquant son choix de prescripteurs et de pharmacies;
- avoir présenté une demande d'autorisation spéciale écrite pour la méthadone, remplie par un médecin du Nouveau-Brunswick autorisé à prescrire de la méthadone (c.-à-d. qui a reçu une exemption aux termes de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* de Santé Canada) qui a été approuvée.

Date d'effet

Les approbations pour la méthadone prennent effet à la date de réception de la demande d'autorisation spéciale écrite du médecin.

Quote-part

La quote-part est exonérée pour les bénéficiaires du PMONB qui ont obtenu une autorisation spéciale pour le traitement d'une dépendance aux opioïdes par méthadone.

Doses à emporter

Selon la politique, le PMONB peut rembourser les doses de méthadone à emporter dans le cadre du traitement d'une dépendance aux opioïdes chez les bénéficiaires du PMONB qui satisfont aux critères de la clinique de traitement d'entretien à la méthadone relativement aux doses à emporter.

- Les doses à emporter sont des doses de méthadone quotidiennes délivrées par la pharmacie dans des récipients préremplis aux fins de consommation ultérieure par le bénéficiaire.
- Les doses à emporter doivent être délivrées dans un récipient à verrouiller, qui est fourni par le client conformément aux politiques de la clinique de traitement d'entretien à la méthadone.
- Le PMONB remboursera jusqu'à six doses à emporter sur une période de sept jours.

Deuxième pharmacie

Les patients traités par méthadone et bénéficiaires du PMONB seront idéalement limités à une seule pharmacie fournissant de la méthadone, tel qu'il est prévu dans les *Lignes directrices en matière de distribution de la méthadone* de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick.

- Lorsque la pharmacie principale est située dans une région où les services ne sont pas offerts sept jours sur sept et que le client ne satisfait pas aux critères établis concernant le traitement d'entretien à la méthadone pour les doses à emporter, une deuxième pharmacie peut être autorisée à recevoir un remboursement pour la méthadone les journées où la pharmacie principale est fermée.
- Afin d'être admissible à une deuxième pharmacie, la résidence principale du bénéficiaire doit se trouver à l'extérieur des limites municipales de toute collectivité ayant un fournisseur de méthadone ouvert sept jours sur sept.
- Un fournisseur de méthadone ouvert sept jours sur sept se définit comme toute pharmacie détentrice d'un permis ouverte 365 jours par année qui accepte de délivrer de la méthadone quotidiennement dans le cadre du traitement d'une dépendance aux opioïdes.
- Avant de faire affaire avec une deuxième pharmacie, il incombe au bénéficiaire de s'assurer que les deux pharmacies consentent à participer au programme et que la clinique ou le fournisseur de méthadone sait qu'il doit rédiger des ordonnances de méthadone pour les deux pharmacies.
- Le gestionnaire de cas du bénéficiaire de Services familiaux et communautaires sera responsable de remplir, mettre à jour et soumettre le formulaire de consentement pour les services de prescription restreints.

Demandes de règlement des pharmacies

Afin d'assurer une analyse précise et des données de qualité uniforme, veuillez présenter les demandes de règlement pour la méthadone comme suit :

- L'unité de mesure (quantité) pour la facturation des demandes de règlement pour la solution orale composée de méthadone est le milligramme. Par exemple, une dose de 70 mg de méthadone doit être facturée comme une quantité de 70.
- Le prix d'achat réel (PAR) pour la solution orale composée de méthadone délivrée doit être indiqué.
- Les NIP du PMONB de la solution orale composée de méthadone sont les suivants :
 - 00999734 pour la dépendance aux opioïdes;
 - 00999801 doses régulières pour les douleurs chroniques;
 - 00999802 doses pour les percées de douleur.
- La facturation électronique est effectuée par la pharmacie de façon journalière dans le cas des bénéficiaires du PMONB qui reçoivent les doses à emporter et l'administration de doses devant témoin. Une seule demande de règlement par jour est autorisée.
- Les demandes antidatées et les deuxièmes soumissions électroniques de demandes de règlement sont autorisées dans les 90 jours.

Bulletin n° 696

Le 12 octobre, 2007

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables 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 13 novembre 2007 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 14 novembre 2007.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

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 13/07 Nov 14/07

Acetylsalicylic Acid							
Acide Acétylsalicylique							
ECT	Orl	325mg	pms-ASA EC	2284529	PMS	AEFGVW	AAC
Co.Ent.							
		650mg	pms-ASA EC	2284537	PMS	AEFGVW	AAC
Benazepril Hydrochloride							
Benazepril (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	5mg	Apo-Benazepril	2290332	APX	AEFGVW	AAC 0.5060
Co.							
		10mg	Apo-Benazepril	2290340	APX	AEFGVW	AAC 0.5981
Clarithromycin							
Tab	Orl	250mg	Apo-Clarithromycin	2274744	APX		
Co.							
			Gen-Clarithromycin	2248856	GPM	ABEFGVW	AAC 1.1005
			pms-Clarithromycin	2247573	PMS		
			ratio-Clarithromycin	2247818	RPH		
		500mg	Apo-Clarithromycin	2274752	APX		
			Gen-Clarithromycin	2248857	GPM	ABEFGVW	AAC 2.2009
			pms-Clarithromycin	2247574	PMS		
			ratio-Clarithromycin	2247819	RPH		
Desmopressin Acetate							
Desmopressine (acétate de)							
Tab	Orl	0.1mg	Apo-Desmopressin	2284030	APX	EF-18G	AAC 0.9913
Co.							
			Novo-Desmopressin	2287730	NOF		
		0.2mg	Apo-Desmopressin	2284049	APX	EF-18G	AAC 1.9826
			Novo-Desmopressin	2287749	NOF		
Digoxin							
Digoxine							
Tab	Orl	0.0625mg	pms-Digoxin	2245426	PMS	AEFGVW	MAP
Co.							
Doxycycline Hyclate							
Doxycycline (hyclate de)							
Tab	Orl	100mg	pms-Doxycycline	2289466	PMS	ABEFGVW	MAP
Co.							
Cap	Orl	100mg	pms-Doxycycline	2289539	PMS	ABEFGVW	MAP
Caps.							
Fluticasone Propionate							
Aem	Nas	50mcg	ratio-Fluticasone	2296071	RPH	ABEFGVW	MAP
Aém							

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Nov 13/07 Nov 14/07

Levetiracetam							
Lévétiracétam							
Tab	Orl	250mg	pms-Levetiracetam	2296101	PMS	Spec. Auth.	MAP
Co.							
		500mg	pms-Levetiracetam	2296128	PMS	Spec. Auth.	MAP
		750mg	pms-Levetiracetam	2296136	PMS	Spec. Auth.	MAP
Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol							
Lévonorgestrel/éthinyli estradiol							
Tab	Orl	0.15mg / 0.03mg	Portia 21	2295946	APX	EFGV	0.4638
Co.							
			Portia 28	2295954	APX	EFGV	0.3479
Metoprolol Tartrate							
Métoprolol (tartrate de)							
SRT	Orl	100mg	Apo-Metoprolol SR	2285169	APX	AEFGVW	0.2021
Co.L.L.							
		200mg	Apo-Metoprolol SR	2285177	APX	AEFGVW	0.3668
Octreotide Acetate							
Octréotide (acétate d')							
Liq	Inj						
		0.05mg/mL	Octreotide Acetate Omega	2248639	OMG	W & Spec. Auth.	AAC 4.7400
		0.1mg/mL	Octreotide Acetate Omega	2248640	OMG	W & Spec. Auth.	AAC 8.9500
		0.2mg/mL	Octreotide Acetate Omega	2248642	OMG	W & Spec. Auth.	AAC 17.2100
		0.5mg/mL	Octreotide Acetate Omega	2248641	OMG	W & Spec. Auth.	AAC 42.0500
Olanzapine							
Tab	Orl	2.5mg	Novo-Olanzapine	2276712	NOP	Spec. Auth.	AAC
Co.							
		5mg	Novo-Olanzapine	2276720	NOP	Spec. Auth.	AAC
		7.5mg	Novo-Olanzapine	2276739	NOP	Spec. Auth.	AAC
		10mg	Novo-Olanzapine	2276747	NOP	Spec. Auth.	AAC
		15mg	Novo-Olanzapine	2276755	NOP	Spec. Auth.	AAC
Omeprazole							
Oméprazole							
SRC	Orl	20mg	Sandoz Omeprazole	2296446	SDZ	Spec. Auth.	MAP
CapsL.L.							

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Nov 13/07 Nov 14/07

Pravastatin Sodium							
Pravastatine sodique							
Tab	Orl	10mg	Ran-Pravastatin	2284421	RAN	AEFGVW	MAP
Co.							
		20mg	Ran-Pravastatin	2284448	RAN	AEFGVW	MAP
		40mg	Ran-Pravastatin	2284456	RAN	AEFGVW	MAP
Ramipril							
Tab	Orl	1.25mg	Sandoz Ramipril	2291398	SDZ	AEFVW	MAP
Co.							
		2.5mg	Sandoz Ramipril	2291401	SDZ	AEFVW	MAP
		5mg	Sandoz Ramipril	2291428	SDZ	AEFVW	MAP
		10mg	Sandoz Ramipril	2291436	SDZ	AEFVW	MAP
Venlafaxine Hydrochloride							
Venlafaxine (chlorhydrate de)							
SRC	Orl	37.5mg	ratio-Venlafaxine XR	2273969	RPH	AEFGVW	MAP
Caps.L.L.							
		75mg	ratio-Venlafaxine XR	2273977	RPH	AEFGVW	MAP
		150mg	ratio-Venlafaxine XR	2273985	RPH	AEFGVW	MAP

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

Cefprozil							
Pwr	Orl	125mg/5mL	Apo-Cefprozil	2293943	APX	AAC	0.1107
Pds.							
		250mg/5mL	Apo-Cefprozil	2293951	APX	MAP	
Topiramate							
Tab	Orl	25mg	Co Topiramate	2287765	COB	MAP	
Co.							
		100mg	Co Topiramate	2287773	COB	MAP	
		200mg	Co Topiramate	2287781	COB	MAP	

Bulletin n° 698

Le 5 novembre 2007

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 5 novembre 2007.

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_nbpd@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMOBN à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions ou des préoccupations, 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

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Citalopram Com. Oral 10 mg	pms-Citalopram	2270609	PMS	AEFGVW	PAR
Hyoscine Butylbromide Liq. Inj 20 mg / ml	Hyoscine Butylbromide	2229868	SDZ	VW	PAR
Lorazépam Liq. Inj 4 mg/mL	Lorazépam	2243278	SDZ	VW	PAR
Méthylphénidate Com. Oral 5 mg	Apo-Méthylphénidate	2273950	APX	AEFGVW	PAR
Midazolam Liq. Inj 1 mg/mL 5 mg/mL	Midazolam Midazolam	2240285 2240286	SDZ SDZ	VW	PAR
Ramipril/hydrochlorothiazide Com. Oral 2,5 mg/12,5 mg 5 mg/12,5 mg 5 mg/25 mg 10 mg / 12,5 mg 100 mg/25 mg	Altace [®] HCT Altace [®] HCT Altace [®] HCT Altace [®] HCT Altace [®] HCT	2283131 2283158 2283174 2283166 2283182	SAV SAV SAV SAV SAV	AEFGVW	PAR
Saquinavir Com. Oral 500 mg	Invirase [®]	2279320	HLR	U	PAR

Inhibiteurs de l'aromatase – Autorisation spéciale non requise désormais

Anastrozole Com. Oral 1 mg	Arimidex [®]	2224135	AZE	AEFVW	PAR
Exémestane Com. Oral 25 mg	Aromasin [®]	2242705	PFI	AEFVW	PAR
Létrozole Com. Oral 2,5 mg	Femara [®]	2231384	NVR	AEFVW	PAR

Comparaison des coûts (PMONB)

Médicament	Coût quotidien	Coût mensuel
Arimidex [®] 1 mg	4,9500 \$	148,50 \$
Aromasin [®] 25 mg	4,9500 \$	148,50 \$
Femara [®] 2,5 mg	5,3513 \$	160,54 \$

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Abatacept

(*Orencia*[™])

Flacon pour injection intraveineuse de 250 mg

Indiqué pour le traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde active grave, en association avec des ARMM (lorsqu'il n'y a aucune contre-indication), qui n'ont pas répondu à un essai adéquat avec un agent anti-TNF.

Abatacept ne doit pas être utilisé en association avec des agents anti-TNF ou d'autres antagonistes du TNF.

Oxybutynine

(*Uromax*[®])

Comprimés à libération contrôlée de 10 mg et 15 mg

Traitement de la vessie hyperactive avec symptômes de fréquence mictionnelle, d'urgence mictionnelle ou d'incontinence d'urgence chez les patients qui n'ont pas toléré un essai raisonnable de l'oxybutynine à libération immédiate.

Les demandes relatives au traitement de l'incontinence urinaire d'effort ne seront pas examinées.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Daltéparine sodium

(*Fragmin*[™])

Flacon multidoses de 25 000 U.I./mL
Seringue préremplie de 25 000 U.I./mL

1. Pour le traitement de la thrombose veineuse profonde (TVP) ou de l'embolie pulmonaire (PE) pour un maximum de 10 jours.
2. Pour le traitement prolongé d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) symptomatique récidivante qui est survenue pendant que le patient reçoit des doses thérapeutiques de warfarine.

Énoxaprine sodique

(*Lovenox*[™])

Flacon multidoses de 100 mg/mL

Nota : Une demande de remboursement d'ordonnances par année sera automatiquement remboursée jusqu'à concurrence du montant moyen nécessaire pour un traitement de la TVP (environ dix jours de traitement). Si une ordonnance supplémentaire est nécessaire après l'ordonnance initiale, une demande doit être effectuée sur autorisation spéciale.

Nadroparin, calcium

(*Fraxiparin*[™])

(*Fraxiparin*[™] forte)

Seringue préremplie de 19 000 U.I./mL

Tinzaparine sodium

(*Innohep*[™])

Flacon multidoses de 10 000 U.I./mL
20 000 U.I./mL
Seringue préremplie de 20 000 U.I./mL

MEDICAMENTS EXAMINES, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu qu'ils n'offraient pas d'avantage thérapeutique 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 calcium	<i>(PhosLo®)</i>	Comprimés de 667 mg
Olanzapine	<i>(Zyprexa™)</i>	Flacon pour injection I.M. de 10 mg
Chlorhydrate de tramadol / acétaminophène	<i>(Tramacet™)</i>	Comprimés de 37,5 mg/325 mg

Oseltamivir (Tamiflu®) pour les bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée

Renseignements sur les pharmacies offrant des services aux foyers de soins infirmiers agréés

L'oseltamivir (Tamiflu®) est offert à titre de garantie nécessitant une autorisation spéciale aux bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée. Un établissement de soins de longue durée désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux. Santé publique a élaboré le protocole suivant aux fins de traitement des patients infectés et de gestion de l'épidémie de grippe dans les établissements de soins de longue durée.

- Lorsque le médecin traitant, le conseiller médical ou le médecin résident de l'établissement de soins de longue durée détermine que la grippe est la cause d'une épidémie, il doit communiquer avec le médecin-chef des services de santé.
- Si le médecin-chef des services de santé recommande l'administration du médicament antigrippal dans un établissement, le processus de couverture dépend du médicament recommandé.
 - Amantadine - Ce médicament constitue une garantie régulière du PMONB.
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe A à moins qu'une résistance ne soit dépistée ou que son utilisation ne soit contre-indiquée. (**Note : Pour l'instant, aucun changement n'est apporté à la recommandation présentée en novembre 2006 par l'ASPC, à savoir que les dispensateurs de soins de santé du Canada ne prescrivent pas d'amantadine pour le traitement et la prévention de la grippe pour la saison grippale en cours**).
 - Oseltamivir - Ce médicament constitue une garantie du PMONB nécessitant une autorisation spéciale
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B.
- Lorsque les médicaments antigrippaux sont étudiés afin de traiter un résident qui présente des symptômes, il importe de confirmer que les symptômes de la grippe sont présents depuis moins de 48 heures. Le médicament antigrippal est moins susceptible de bénéficier aux résidents qui sont malades depuis plus de 48 heures.

La déclaration émise par le (CCNI) en 2007-2008 comprend les recommandations formulées relatives à l'oseltamivir. Malgré le fait que l'amantadine n'est pas recommandée, l'information sur l'amantadine est incluse dans la cas où les tests de 2007-2008 indiqueraient une susceptibilité à cette dernière. (Il est possible d'accéder à l'énoncé complet du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) pour l'année 2007-2008, y compris les directives associées à la posologie, à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07vol33/acs-07/index_f.html).

Processus de couverture et de commandes de l'oseltamivir

Approbation d'une autorisation spéciale du PMONB :

Si le médecin-chef des services de santé recommande l'oseltamivir, le conseiller médical ou le médecin résident de l'établissement de soins de longue durée ou tout employé désigné par l'établissement avisera le PMONB du début du traitement dans cet établissement en communiquant avec le service de renseignements du PMONB au 1 800 332-3691.

Après les heures de bureau, veuillez laisser un message comportant les renseignements suivants :

- la date du message;
- le nom et l'adresse de l'établissement de soins de longue durée;
- le nom de la pharmacie qui prépare les ordonnances afférentes à l'oseltamivir;
- le nom et le numéro de téléphone d'une personne-ressource à l'établissement de soins de longue durée au cas où le responsable du PMONB devrait clarifier des détails.

Le pharmacien de la chambre d'essai en laboratoire devrait être contacté au même moment que le PMONB pour donner le temps de réserver et de distribuer la quantité requise d'oseltamivir. Comme Roche Canada (la fabricant d'oseltamivir) n'arrête plus les ventes d'oseltamivir, les pharmacies peuvent obtenir le médicament au moyen du processus de commande normal.

Paiement en ligne des demandes de règlement relatives à l'oseltamivir nécessitant une autorisation spéciale :

Lorsque le PMONB aura été informé par l'établissement de soins de longue durée qu'un traitement par l'oseltamivir a été commandé pour ses résidents, des responsables du programme procéderont à l'approbation d'une autorisation spéciale pour tous les bénéficiaires du régime V (résidents de foyers de soins infirmiers) dans l'établissement. Le PMONB avisera la pharmacie lorsque l'autorisation spéciale concernant l'oseltamivir aura été activée. La pharmacie pourra alors facturer les demandes de règlement en ligne. L'approbation de l'oseltamivir pour les résidents recevant des soins de relève qui ne sont pas bénéficiaires du régime V doit être accordée séparément. L'établissement de soins de longue durée doit aviser le PMONB si elle compte des résidents recevant des soins de relève.

CRITÈRES D'AUTORISATION SPÉCIALE

Oseltamivir
(*Tamiflu*[®])
Capsules de 75 mg

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée* lors d'une épidémie de grippe et suite à la recommandation d'un médecin-chef des services de santé :

- Pour le traitement des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée atteints de la grippe de type A ou B soupçonnée ou confirmée en laboratoire. Un cas soupçonné désigne le cas de personnes répondant aux critères de la grippe en tant que maladie et lorsqu'il y a confirmation de la propagation de la grippe de type A et B dans l'établissement ou la communauté environnante.
- Pour la prophylaxie des résidents d'établissements de soins de longue durée dans lesquels il y a épidémie de la grippe de type A et B. La prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à ce que l'épidémie de grippe soit enrayée. Une épidémie est déclarée épuisée sept jours après l'apparition des symptômes du dernier cas au sein de l'établissement.

* Selon les critères susmentionnés, un *établissement de soins de longue durée* désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux.

Bulletin n° 702

Le 18 décembre, 2007

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables 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 22 janvier 2008 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 23 janvier 2008.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpd@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

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
Jan 22/07 Jan 23/07

Amoxicillin/Clavulanic Acid								
Amoxicilline/acide clavulanique								
Pws	Orl	400/57mg/5mL	Apo-Amoxi Clav	2288559	APX	ABEFGVW	AAC	0.1969
Pds								
Ceftriaxone Disodium								
Ceftriaxone disodique								
Pws	Inj	2g	Ceftriaxone USP	2292882	APX	BEFGVW	AAC	46.9000
Pds								
Citalopram Hydrobromide								
Citalopram (bromhydrate de)								
Tab	Orl	20mg	(new formulation) Novo-Citalopram	2293218	NOP	AEFGVW	MAP	
Co.			Ran-Citalo	2285622	RAN			
		40mg	Ran-Citalo	2285630	RAN	AEFGVW	MAP	
Enalapril Maleate								
Enalapril (maléate de)								
Tab	Orl	2.5mg	Co Enalapril	2291878	COB			
Co.			Gen-Enalapril	2300036	GPM			
			Novo-Enalapril	2300680	NOP			
			ratio-Enalapril	2299984	RPH	AEFGVW	MAP	
			Sandoz Enalapril	2299933	SDZ			
			Taro-Enalapril	2300117	TAR			
			(re-marketed Oct 2007) Apo-Enalapril	2020025	APX			
		5mg	Co Enalapril	2291886	COB			
			Gen-Enalapril	2300044	GPM			
			Novo-Enalapril	2233005	NOP			
			ratio-Enalapril	2299992	RPH	AEFGVW	MAP	
			Sandoz Enalapril	2299941	SDZ			
			Taro-Enalapril	2300125	TAR			
			(re-marketed Oct 2007) Apo-Enalapril	2019884	APX			
		10mg	Co Enalapril	2291894	COB			
			Gen-Enalapril	2300052	GPM			
			Novo-Enalapril	2233006	NOP			
			ratio-Enalapril	2300001	RPH	AEFGVW	MAP	
			Sandoz Enalapril	2299968	SDZ			
			Taro-Enalapril	2300133	TAR			
			(re-marketed Oct 2007) Apo-Enalapril	2019892	APX			

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Jan 22/07 Jan 23/07

Enalapril Maleate
Enalapril (maléate de)

Tab	Orl	20mg	Co Enalapril	2291908	COB			
Co.			Gen-Enalapril	2300060	GPM			
			Novo-Enalapril	2233007	NOP			
			ratio-Enalapril	2300028	RPH	AEFGVW		MAP
			Sandoz Enalapril	2299976	SDZ			
			Taro-Enalapril	2300141	TAR			
			(re-marketed Oct 2007) Apo-Enalapril	2019906	APX			

Fenofibrate

Fénofibrate

Cap	Orl	160mg	Fenomax	2250004	ORX	AEFGVW		MAP
Caps.								

Glimepiride

Glimépiride

Tab	Orl	1mg	Apo-Glimepiride	2295377	APX	ABEFGVW		MAP
Co.								
		2mg	Apo-Glimepiride	2295385	APX	ABEFGVW		MAP
		4mg	Apo-Glimepiride	2295393	APX	ABEFGVW		MAP

Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol

Lévonorgestrel/éthinyli estradiol

Tab	Orl	100mcg/20mcg	Aviane 21	2298538	APX		AAC	0.4638
Co.			Aviane 28	2298546	APX	EFGV	AAC	0.3479

Lisinopril

Tab	Orl	5mg	Co Lisinopril	2271443	COB			
Co.			Gen-Lisinopril	2274833	GPM			
			Novo-Lisinopril Type P	2285061	NOP			
			Novo-Lisinopril Type Z	2285118	NOP			
			pms-Lisinopril	2292203	PMS	AEFGVW		MAP
			Ran-Lisinopril	2294230	RAN			
			ratio-Lisinopril Type P	2256797	RPH			
			ratio-Lisinopril Type Z	2299879	RPH			
			(re-marketed Oct 2007) Apo-Lisinopril	2217481	APX			
		10mg	Co Lisinopril	2271451	COB			
			Gen-Lisinopril	2274841	GPM			
			Novo-Lisinopril Type P	2285088	NOP			
			Novo-Lisinopril Type Z	2285126	NOP			
			pms-Lisinopril	2292211	PMS	AEFGVW		MAP
			Ran-Lisinopril	2294249	RAN			
			ratio-Lisinopril Type P	2256800	RPH			
			ratio-Lisinopril Type Z	2299887	RPH			
			(re-marketed Oct 2007) Apo-Lisinopril	2217503	APX			

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Jan 22/07 Jan 23/07

Lisinopril

Tab	Orl	20mg	Co Lisinopril	2271478	COB			
Co.			Gen-Lisinopril	2274868	GPM			
			Novo-Lisinopril Type P	2285096	NOP			
			Novo-Lisinopril Type Z	2285134	NOP			
			pms-Lisinopril	2292238	PMS	AEFGVW	MAP	
			Ran-Lisinopril	2294257	RAN			
			ratio-Lisinopril Type P	2256819	RPH			
			ratio-Lisinopril Type Z	2299895	RPH			
			(re-marketed Oct 2007) Apo-Lisinopril	2217511	APX			

Lisinopril/Hydrochlorothiazide

Tab	Orl	10mg/12.5mg	Apo-Lisinopril/HCTZ	2261979	APX	AEFGVW	AAC	0.5835
Co.			Gen-Lisinopril HCTZ	2297736	GEN			
		20mg/12.5mg	Apo-Lisinopril/HCTZ	2264987	APX	AEFGVW	AAC	0.7011
			Gen-Lisinopril HCTZ	2297744	GEN			
		20mg/25mg	Apo-Lisinopril/HCTZ	2261995	APX	AEFGVW	AAC	0.7011
			Gen-Lisinopril HCTZ	2297752	GEN			

Ondansetron Hydrochloride Dihydrate

Ondansétron dihydrate (chlorhydrate d')

Tab	Orl	4mg	Gen-Ondansetron	2297868	GEN	W & Spec. Auth.	MAP	
Co.								
		8mg	Gen-Ondansetron	2297876	GEN	W & Spec. Auth.	MAP	

Pioglitazone Hydrochloride

Pioglitazone (chlorhydrate de)

Tab	Orl	15mg	Apo-Pioglitazone	2302942	APX			
Co.			Gen-Pioglitazone	2298279	GPM			
			Novo-Pioglitazone	2274914	NOP	Spec. Auth.	AAC	1.5716
			ratio-Pioglitazone	2301423	RPH			
			Sandoz Pioglitazone	2297906	SDZ			
		30mg	Apo-Pioglitazone	2302950	APX			
			Gen-Pioglitazone	2298287	GPM			
			Novo-Pioglitazone	2274922	NOP	Spec. Auth.	AAC	2.2017
			ratio-Pioglitazone	2301431	RPH			
			Sandoz Pioglitazone	2297914	SDZ			
		45mg	Apo-Pioglitazone	2302977	APX			
			Gen-Pioglitazone	2298295	GPM			
			Novo-Pioglitazone	2274930	NOP	Spec. Auth.	AAC	3.3105
			ratio-Pioglitazone	2301458	RPH			
			Sandoz Pioglitazone	2297922	SDZ			

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							Jan 22/07	Jan 23/07
Rabeprazole								
ECT	Orl	10mg	Novo-Rabeprazole	2296632	NOP	Spec. Auth.	AAC	0.4550
Co.Ent.			Ran-Rabeprazole	2298074	RAN			
		20mg	Novo-Rabeprazole	2296640	NOP	Spec. Auth.	AAC	0.9100
			Ran-Rabeprazole	2298082	RAN			
Tamsulosin Hydrochloride								
Tamsulosin (chlorhydrate de)								
SRC	Orl	0.4mg	Gen-Tamsulosin	2298570	GPM	AEFVW	MAP	
Caps.L.L.			Ran-Tamsulosin	2294885	RAN			
Zopiclone								
Tab	Orl	5mg	Gen-Zopiclone	2296616	GPM	AEFGVW	MAP	
Co.								

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

							to	MAP
							Jan 22/07	Jan 23/07
Mometasone Furoate								
Ont	Top	0.1%	Taro-Mometasone	2264749	TAR		MAP	

Bulletin n° 704

le 11 janvier 2008

QUANTITÉS – DEMANDES DE RÈGLEMENT

Vous trouverez ci-joint une liste des unités de mesure à utiliser pour déterminer la quantité à indiquer dans les demandes de règlement soumises au titre du PMONB.

Veillez utiliser les unités de mesure appropriées pour vous assurer que votre coût unitaire est correct et que vos demandes sont bien analysées.

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 PMOBN à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions ou des préoccupations, 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

NORMES SUR LES QUANTITÉS À INDIQUER DANS LES DEMANDE DE RÈGLEMENT

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Le tableau ci-dessous indique les unités de mesure à utiliser lors de la soumission de demandes de règlement au titre du PMONB.

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

* Voir **EXCEPTIONS**

EXCEPTIONS	DIN	UNITÉ DE MESURE
Lavement au budésonide (Entocort ^{MD})	2052431	quantité de 7 (par trousse)
Acétate de buséréline (Suprefact Depot ^{MD})	2228955 2240749	par trousse
Enfuvirtide (Fuzeon ^{MD})	2247725	par trousse
Épinéphrine (Epipen ^{MD} et Epipen ^{MD} Jr)	509558 578657	par trousse
Épinéphrine (Twinject ^{MD})	2247310 2268205	par trousse
Etanercept (Enbrel ^{MD})	2242903 2274728	par trousse

EXCEPTIONS	DIN	UNITÉ DE MESURE
Étidronate disodium et carbonate de calcium (Didrocal ^{MD})	2176017	par trousse
Imiquimod (Aldara ^{MD}), crème	2239505	par emballage (12 par boîte)
Infliximab (Remicade ^{MD})	2244016	par fiole
Interféron alfa-2b (Intron A ^{MD})	2223406	par trousse
Interféron bêta-1a (Avonex ^{MD})	2237770	quantity of 4 (par trousse)
Lansoprazole + amoxicilline + clarithromycine (HP-Pac ^{MD})	2238525	par trousse
Acétate de leuprolide (Eligard ^{MD})	2248239 2248240 2248999 2268892	par trousse
La méthadone en poudre en préparations extemporanées	999734** 999801** 999802**	par mg
Nitrate de miconazole (Monistat 3 ^{MD} Dual Pak)	2126249	par emballage
Peginterféron alfa-2a + ribavirine (Pegasys RBV ^{MD})	2253410 2253429	par trousse
Peginterféron alfa-2b + ribavirine (Pegetron ^{MD})	2246026 2246027 2246028 2246029 2246030 2254573 2254581 2254603 2254638 2254646	par trousse
Peginterféron alfa-2b et ribavirine (Pegetron Redipen ^{MD})	2254573 2254603 2254646 2254581 2254638	par trousse
Somatropine (Humatrope ^{MD})	745626 2243077 2243078 2243079	par trousse
Sumatriptan (Imitrex ^{MD} , inj.)	2212188	par emballage

**NIP

Bulletin n° 705

Le 22 janvier 2008

CHANGEMENTS AUX MÉDICAMENTS ASSURÉS DU PMONB

La présente mise à jour du Formulaire du *Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick* (PMONB) entre en vigueur le 22 janvier 2008.

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 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-f.asp.

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

Sincères salutations,



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Adalimumab
(Humira^{MC})
Seringues préremplies
et stylos préremplies
de 40 mg/0,8ml
(50 mg/ml)

Nouvelle indication ajoutée aux critères :

- Indiqué pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score ≥ 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'Indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) qui :
 - présentent des symptômes axiaux* et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période d'observation minimale de trois mois ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués ;
- OU
- ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période d'observation minimale de trois mois, et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.
- * Les patients souffrant d'uvéite récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une maladie du squelette axial n'ont pas à essayer les AINS seuls.
- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
 - L'approbation sera accordée pour une période maximale de 6 mois.
 - Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les bienfaits du traitement, plus précisément :
 - une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement ;
- OU
- l'opinion du patient et du spécialiste concernant la réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).
 - L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg aux deux semaines
 - Les demandes relatives à un traitement en combinaison avec autre facteur de nécrose tumorale humain (TNFR) ne seront pas examinées.

Comparaison des coûts des modificateurs de la réponse biologique pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante

Nom générique	Marque	Concentration	Dose	Espacement des doses	Coût*	Coût annuel
adalimumab	Humira ^{MC}	40 mg	40 mg	2 fois par semaine	759,12 \$	19 736,99 \$
étanercept	Enbrel ^{MD}	50 mg	50 mg	1 fois par semaine	395,25 \$	20 552,74 \$
infiximab	Remicade ^{MD}	100 mg	5 mg/kg	semaine 0, 2 et 6, et aux 8 semaines par la suite ou semaine 0, 2 et 6, et aux 6 semaines par la suite	1 019,90 \$	32 636,80 \$ 40 796,00 \$
Remarque : Le coût de l'infiximab comprend 4 flacons par perfusion. Il s'agit d'une quantité suffisante pour traiter les patients pesant entre 70 kg et 80 kg.						
*Source : Catalogue des prix pour les Maritimes de McKesson Canada, février-avril 2008						

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Darbépoétine

(*Aranesp^{MD}*)

Seringues préremplies

SingleJect^{MD} de 10, 20, 30, 40, 50, 60, 80, 100, 130, 150, 200, 300 et 500 mcg

Nouvelle indication ajoutée aux critères :

Indiqué pour le traitement 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 est réduit à moins de 2 par mois.
-

Efalizumab

(*Raptiva^{MD}*)

Flacon de 150 mg pour injection sous-cutanée

Indiqué pour le traitement des patients atteints de psoriasis grave incapacitant, qui répondent aux critères suivants :

1. la surface corporelle atteinte est supérieure à 10 p. 100 ou le psoriasis couvre une partie importante du visage, des mains, des pieds ou des organes génitaux ;
2. absence de réponse au méthotrexate et à la cyclosporine, ou présence de contre-indications ou d'intolérance à ces médicaments;
3. absence de réponse ou intolérance à la photothérapie ou inaccessibilité de la photothérapie.

L'approbation de la couverture sera accordée pour une période initiale de 12 semaines. Une couverture prolongée peut être approuvée chez les patients ayant répondu à la thérapie, c'est-à-dire qui ont affiché une réduction d'au moins 75 p. 100 du score de l'index de surface et de sévérité du psoriasis (PASI), une réduction d'au moins 50 p. 100 du score du PASI accompagnée d'une amélioration d'au moins 5 points de l'indice dermatologique de qualité de vie (DLQI), ou une réduction quantitative de la surface corporelle atteinte en même temps que l'examen qualitatif de certaines régions (p. ex. : visage, mains, pieds ou organes génitaux).

Il est recommandé que les patients s'inscrivent au registre du fabricant pour la collecte des données sur l'efficacité et les effets néfastes.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Époétine alfa

(Eprex^{MD})

Fioles et seringues préremplies de
1 000 UI/0,5 ml, 2 000 UI/0,5 ml,
3 000 UI/0,3 ml, 4 000 UI/0,4 ml,
5 000 UI/0,5 ml, 6 000 UI/0,6 ml,
8 000 UI/0,8 ml, 10 000 UI/ml,
20 000 UI/ml et 40 000 UI/ml

Nouvelle indication ajoutée aux critères :

Indiqué pour le traitement 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.

Acétate de lanréotide

(Somatuline^{MD} Autogel^{MD})

Seringues préremplies de 60 mg,
90 mg et 120 mg pour injection
sous-cutanée

Indiqué pour le traitement de l'acromégalie.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Bosentan

(Tracleer^{MD})

Comprimés de 62,5 mg et
125 mg

Indiqué pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) chez :

- les patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire idiopathique en classe fonctionnelle III ou IV de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les patients qui n'ont pas présenté de signes de vasoréactivité lors des tests, ou les patients qui ont présenté des signes de vasoréactivité lors des tests, mais qui n'ont pas répondu ou qui ont une intolérance aux inhibiteurs calciques ;
- les patients atteints d'hypertension pulmonaire associée à une maladie du tissu conjonctif en classe fonctionnelle III ou IV de l'OMS et qui ne répondent pas au traitement classique de façon satisfaisante.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

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

Bupropion	<i>(Wellbutrin XL^{MD})</i>	Comprimés à libération prolongée de 150 mg et 300 mg
Lumiracoxib (Lumiracoxib a été retiré du marché en octobre 2007)	<i>(Prexige^{MC})</i>	Comprimés de 100 mg

L'inscription du produit suivant a été recommandée, cependant, les produits de désaccoutumance au tabac ne constituent pas des médicaments admissibles au PMONB.

Varénicline	<i>(Champix^{MC})</i>	Comprimés de 0,5 mg et 1 mg
--------------------	-------------------------------	-----------------------------

Bulletin n° 708

Le 11 février 2008

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 11 février 2008.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux services assurés habituels**
- **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 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 ou des préoccupations, veuillez 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

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Acide acétylsalicylique					
Com. Oral 81 mg	AAS Co. Ent. 81mg	2244993	PMS	V	PAR
	Dose quotidienne faible kératinisée (Equate)	2243801	PMS	V	PAR
	Dose quotidienne faible kératinisée AAS (Exact)	2243896	PMS	V	PAR
	Dose quotidienne faible kératinisée AAS (Life)	2243101	PMS	V	PAR
	Dose quotidienne faible kératinisée AAS (Rexall)	2243802	PMS	V	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Dasatinib (Sprycel®)

Comprimés de 20 mg, 50 mg, 70 mg

- 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 800 mg par jour. Posologie recommandée : 140 mg par jour.
 - qui ont une crise blastique lorsqu'ils prennent imatinib 800 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.
- Critère de renouvellement : la demande de renouvellement doit préciser comment le patient a bénéficié du traitement et s'il est attendu qu'il continuera à en bénéficier.
- Période de renouvellement : 1 an

Sorafenib (Nexavar®)

Comprimés de 200 mg – nouvelle demande

- Comme traitement de deuxième intention pour les patients ayant un cancer du rein à cellules claires métastatique confirmé histologiquement et qui :
 - ont déjà eu une néphrectomie ; et
 - ont eu une progression de la maladie après un traitement antérieur aux cytokines (p. ex. : interféron; aldesleukin) au cours des huit derniers mois ; et
 - ont un état de performance de 0 ou 1 d'après les critères[†] du Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ; et
 - 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
- Critère 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

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Sunitinib (*SutentTM*)

Capsules de 12,5 mg, 25 mg
et 50 mg – nouvelle demande

- Pour les patients qui ont un cancer du rein à cellules claires métastatique confirmé histologiquement, qui ont besoin d'un :
 - traitement de première intention pour le traitement de ce cancer, et le patient a un risque favorable ou intermédiaire selon la cote de pronostic du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) ; ou,
 - traitement de deuxième intention pour le traitement de ce cancer, si la progression de la maladie a débuté après un traitement antérieur aux cytokines (p. ex. : interféron; aldesleukin)
- La dose prescrite est de 50 mg par jour pendant quatre semaines, puis deux semaines d'interruption. La posologie est répétée aux six semaines.
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Critère 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.

* La cote de pronostic du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) classe les patients parmi trois groupes à risque selon le nombre de facteurs de risque relatifs au pré-traitement : Favorable = aucun ; Intermédiaire = un ou deux ; Faible = trois ou plus. Facteurs de risque relatifs au pré-traitement :

- Index de Karnofsky faible (<80 %)
- Niveau de lactico-déshydrogénase supérieur à 1,5 fois la limite supérieure de la normale
- Niveau d'hémoglobine sous la limite minimale de la normale
- Niveau élevé corrigé de calcium sérique (>10 mg/dL ou 2,5 mmol/L)
- Intervalle de moins d'un an entre le diagnostic et le traitement

Référence : Motzer RJ, Bacik J, Murphy BA et al. Interferon-alfa as a comparative treatment for clinical trials of new therapies against advanced renal cell carcinoma. *J Clin Oncol* 2002;20;289-96.

Bulletin n° 710

Le 4 mars, 2008

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables 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 8 avril 2008 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 9 avril 2008.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

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
Apr 8/08 Apr 9/08

Atenolol							
Aténolol							
Tab	Orl	25mg	Gen-Atenolol	2303647	GPM	AEFGVW	MAP
Co.							
Atenolol/Chlorthalidone							
Aténolol/Chlorthalidone							
Tab	Orl	50mg/25mg	Novo-Atenolthalidone	2302918	NOP	AEFGVW	MAP
Co.							
		100mg/25mg	Novo-Atenolthalidone	2302926	NOP	AEFGVW	MAP
Bicalutamide							
Tab	Orl	50mg	Apo-Bicalutamide	2296063	APX	AEFVW	MAP
Co.							
			Gen-Bicalutamide	2302403	GPM		
Bisoprolol Fumarate							
Fumarate de bisoprolol							
Tab	Orl	5mg	pms-Bisoprolol	2302632	PMS	AEFVW	MAP
Co.							
		10mg	pms-Bisoprolol	2302640	PMS	AEFVW	MAP
Citalopram Hydrobromide							
Citalopram (bromhydrate de)							
Tab	Orl	40mg	Novo-Citalopram (new formulation)	2293226	NOP	AEFGVW	MAP
Co.							
Clindamycin Hydrochloride							
Clindamycine (chlorhydrate de)							
Cap	Orl	150mg	pms-Clindamycin	2294826	PMS	ABEFGVW	MAP
Caps							
Enalapril Maleate/Hydrochlorothiazide							
Énalapril (maléate de)/hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	5mg/12.5mg	Novo-Enalapril/HCTZ	2300222	NOP	AEFGVW	AAC 0.6417
Co.							
		10mg/25mg	Novo-Enalapril/HCTZ	2300230	NOP	AEFGVW	AAC 0.7712
Fluconazole							
Tab	Orl	50mg	Co-Fluconazole	2281260	COB	AEFGVW	MAP
Co.							
		100mg	Co-Fluconazole	2281279	COB	AEFGVW	MAP

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							Apr 8/08	Apr 9/08
Gliclazide								
Tab	Orl	80mg	pms-Gliclazide	2294400	PMS	ABEFGVW	MAP	
Co.								
Isosorbide -5- Mononitrate								
Isosorbide (5-mononitrate d')								
SRT	Orl	60mg	pms-ISMN	2301288	PMS	AEFGVW	MAP	
Co.L.L.								
Lisinopril/Hydrochlorothiazide								
Tab	Orl	10mg/12.5mg	Novo-Lisinopril HCTZ (Type P)	2302136	NOP	AEFGVW	MAP	
Co.								
			Novo-Lisinopril HCTZ (Type Z)	2301768	NOP			
		20mg/12.5mg	Novo-Lisinopril HCTZ (Type P)	2302144	NOP	AEFGVW	MAP	
			Novo-Lisinopril HCTZ (Type Z)	2301776	NOP			
		20mg/25mg	Novo-Lisinopril HCTZ (Type P)	2302152	NOP	AEFGVW	MAP	
			Novo-Lisinopril HCTZ (Type Z)	2301784	NOP			
Metoprolol Tartrate								
Métoprolol (tartrate de)								
Tab	Orl	25mg	Gen-Metoprolol (Type L)	2302055	GPM	AEFGVW	AAC 0.0643	
Co.								
Minocycline Hydrochloride								
Minocycline (chlorhydrate de)								
Cap	Orl	50mg	pms-Minocycline	2294419	PMS	ABEFGVW	MAP	
Caps								
		100mg	pms-Minocycline	2294427	PMS	ABEFGVW	MAP	
Pioglitazone Hydrochloride								
Pioglitazone, chlorhydrate de								
Tab	Orl	15mg	Co-Pioglitazone	2302861	COB	Spec. Auth.	MAP	
Co.								
			pms-Pioglitazone	2303124	PMS			
		30mg	Co-Pioglitazone	2302888	COB	Spec. Auth.	MAP	
			pms-Pioglitazone	2302132	PMS			
		45mg	Co-Pioglitazone	2302896	COB	Spec. Auth.	MAP	
			pms-Pioglitazone	2303140	PMS			

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

						to	MAP
						Apr 8/08	Apr 9/08
Ramipril							
Cap	Orl	1.25mg	Co-Ramipril	2295482	COB	AEFGVW	MAP
Caps							
		2.5mg	Co-Ramipril	2295490	COB	AEFGVW	MAP
		5mg	Co-Ramipril	2295504	COB	AEFGVW	MAP
		10mg	Co-Ramipril	2295512	COB	AEFGVW	MAP
Temazepam							
Témazépan							
Cap	Orl	15mg	pms-Temazepam	2273039	PMS	AEFGVW	MAP
Caps							
		30mg	pms-Temazepam	2273047	PMS	AEFGVW	MAP
Venlafaxine Hydrochloride							
Venlafaxine (chlorhydrate de)							
SRC	Orl	37.5mg	pms-Venlafaxine XR	2278545	PMS	AEFGVW	MAP
Caps. L.L.							
		75mg	pms-Venlafaxine XR	2278553	PMS	AEFGVW	MAP
		150mg	pms-Venlafaxine XR	2278561	PMS	AEFGVW	MAP

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

						to	MAP
						Apr 8/08	Apr 9/08
Clindamycin Hydrochloride							
Clindamycine (chlorhydrate de)							
Cap	Orl	300mg	pms-Clindamycin	2294834	PMS		MAP
Caps							

Bulletin n° 711

Le 27 mars 2008

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 27 mars 2008.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Ajouts relatifs aux services assurés habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **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 PMOBN à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions ou des préoccupations, 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

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Desogestrel/éthinyloestradiol					
Co Orl 100/125/150/25 mcg	Linessa ^{MC} 21 Linessa ^{MC} 28	2272903 2257238	ORG ORG	EFGV	PAR
Interféron bêta-1a					
Liq Sc 8,8 mcg/0,2 mL 22 mcg/0,5 mL	Trousse de départ Rebif [®]	2281708	EMD	H	PAR
Ramipril					
Cap Orl 15 mg	Altace [®]	2281112	SAV	AEFGVW	PAR
Plus d'autorisation spéciale requise					
Lamotrigine					
Co.C Orl 2 mg	Lamictal [®] Comprimés à croquer	2243803	GSK		
	5 mg Lamictal [®] Comprimés à croquer	2240115	GSK	AEFGVW	PAM
Co Orl 25 mg	Lamictal [®]	2142082	GSK		
	Apo-Lamotrigine	2245208	APX		
	Gen-Lamotrigine	2265494	GPM		
	Novo-Lamotrigine	2248232	NOP	AEFGVW	PAM
	pms-Lamotrigine	2246897	PMS		
	ratio-Lamotrigine	2243352	RPH		
	100 mg Lamictal [®]	2142104	GSK		
	Apo-Lamotrigine	2245209	APX		
	Gen-Lamotrigine	2265508	GPM		
	Novo-Lamotrigine	2248233	NOP	AEFGVW	PAM
	pms-Lamotrigine	2246898	PMS		
	ratio-Lamotrigine	2243353	RPH		
	150 mg Lamictal [®]	2142112	GSK		
	Apo-Lamotrigine	2245210	APX		
	Gen-Lamotrigine	2265516	GPM		
	Novo-Lamotrigine	2248234	NOP	AEFGVW	PAM
	pms-Lamotrigine	2246899	PMS		
	ratio-Lamotrigine	2246963	RPH		

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Adéfovir dipivoxil
(*Hepsera*[®])
Comprimés de 10 mg

- Pour le traitement de l'hépatite B, administré concomitamment avec la lamivudine en présence d'échec de celle-ci, confirmé par une hausse de l'ADN du VHB $\geq 1 \log_{10}$ UI/mL au-dessus du nadir, mesurée à deux reprises dans un intervalle minimal d'un mois après les trois premiers mois du traitement par lamivudine et quand l'échec de la lamivudine n'est pas dû à l'inobservance thérapeutique.

Chlorhydrate de ciprofloxacine/dexaméthasone
(*Ciprodex*[®])
Suspension otique 0,3 % et 0,1 %

- Pour le traitement de l'otite moyenne aiguë avec otorrhée par tubes de tympanotomie quand le traitement est nécessaire.
- Pour le traitement de l'otite externe aiguë en présence de tubes de tympanotomie ou de perforation avérée du tympan.

Fentanyl
(*Duragesic*[®])
Timbre transdermique de 12 mcg/h

Indiqué dans le traitement de la douleur maligne ou de la douleur bénigne chronique

- lorsque l'administration orale d'un médicament n'est pas possible ou ne convient pas, OU
- chez les patients qui manifestent une résistance ou une intolérance à des produits à libération soutenue et à effet prolongé administrés par voie orale, comme la morphine et l'hydromorphone, malgré l'ajustement approprié de la dose et un traitement adjuvant comprenant les laxatifs et les antiémétiques.

Peginterféron alfa-2a
(*Pegasys*[®])
180 mcg/flacon de 1 mL
180 mcg/seringue préremplie de 0.5 mL

Nouvelle indication ajoutée aux critères existants :

Les demandes de spécialistes en médecine interne seront examinées pour le traitement de

patients atteints d'une hépatite B chronique et négatifs pour l'AgHBe avec une hépatopathie compensée, une inflammation du foie et des preuves de réplication virale et ayant démontré une intolérance au traitement par lamivudine ou chez qui ce médicament a échoué.

- La durée maximale de la couverture sera de 48 semaines.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

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

Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) / cannabidiol	(<i>Sativex</i> [®])	Vaporisateur buccal de 27 mg/mL ou 25 mg/mL
Dorzolamide	(<i>Trusopt</i> [®])	Solution ophtalmique à 2 % sans agent de conservation
Dorzolamide + timolol	(<i>Cosopt</i> [®])	Solution ophtalmique à 2 % ou à 0,5 % sans agent de conservation
Peginterféron alfa-2a – pour le traitement de l'hépatite B chronique chez les patients positifs pour l'AgHBe.	(<i>Pegasys</i> [®])	180 mcg/flacon de 1 mL 180 mcg/seringue préremplie de 0.5 mL
Telbivudine	(<i>Sebivo</i> ^{MC})	Comprimés de 600 mg
Chlorhydrate de tramadol	(<i>Zytram XL</i> [®])	Comprimés à libération contrôlée de 150 mg, 200 mg, 300 mg et 400 mg

Bulletin n° 715

Le 7 mai 2008

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 7 mai 2008.

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 l'adresse BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMOBN à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Si vous avez des questions ou des préoccupations, 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

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Adalimumab

(Humira®)

Solution pour injection
sous-cutanée de 40 mg/0,8 mL
(50 mg/mL)

Nouvelle indication ajoutée aux critères existants :

Pour des patients souffrant de la maladie de Crohn modérée à grave qui sont réfractaires ou présentent des contre-indications à l'égard d'un traitement de 5-acide aminosalicylique et de corticostéroïdes et d'autres traitements immunosuppresseurs.

- Les patients admissibles devront recevoir une dose initiale de 160 mg suivie d'une dose de 80 mg deux semaines plus tard.
- La réponse clinique devra être évaluée quatre semaines après l'administration de la dose initiale.
- La couverture continue pour le traitement d'entretien ne sera remboursée que pour les patients répondeurs et pour une dose n'excédant pas 40 mg toutes les deux semaines.

Comparaison annuelle des coûts de l'anti-TNF- α pour le traitement de la maladie de Crohn

Produit	Dosage	Dose	Intervalle entre les doses	Coût**	Coût du traitement d'induction*	Coût de la 1 ^{re} année (induction comprise)	Coût annuel (induction non comprise)
adalimumab (Humira ^{MC})	40 mg	40 mg	Toutes les deux semaines	759,12 \$	4 554,69 \$	22 773,45 \$	19 736,99 \$
* Traitement d'induction de l'Adalimumab = 160 mg (semaine 0), 80 mg (semaine 2) = 6 seringues au total							
Infliximab (Remicade [®])	100 mg	5 mg/kg	semaines 0, 2, 6 et aux 8 semaines par la suite	1 019,90 \$	12 238,80 \$	32 636,80 \$	28 557,20 \$
* Traitement d'induction de l'Infliximab = 5 mg/kg les semaines 0, 2 et 6 = 12 fioles au total Le coût de l'Infliximab est calculé pour 4 fioles par perfusion. Cela représente suffisamment de médicament pour traiter des patients pesant entre 70 kg et 80 kg.							
** Source : McKesson Canada Maritimes Price Catalogue, de mai à juillet 2008.							

Entécavir

(Baraclude^{MC})

Comprimés de 0,5 mg

Pour le traitement d'infection chronique par le virus de l'hépatite B chez des patients présentant une cirrhose avérée par des preuves radiologiques ou histologiques et une concentration de l'HBV-ADN supérieure à 2 000 U.I./mL.

Méthylphénidate

(Biphentin[®])

Capsules à libération contrôlée de
10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg,
40 mg, 50 mg et 60 mg

Pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez les enfants âgés de 6 à 18 ans qui présentent des symptômes importants et qui ont fait l'essai du méthylphénidate à libération immédiate ou à libération prolongée sans résultat satisfaisant.

Les demandes prises en considération seront celles effectuées par des pédopsychiatres, des pédiatres ou des omnipraticiens spécialisés dans le TDAH.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Bosentan

(*Tracleer*[®])

Comprimés de 62,5 mg et de 125 mg

Nouvelles indications ajoutées aux critères existants :

Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III ou IV selon les normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

- Consécutive à des maladies cardiaques congénitales chez des patients qui n'ont pas répondu de manière appropriée à une thérapie conventionnelle.
- Consécutive à un virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez des patients qui n'ont pas répondu de manière appropriée à une thérapie conventionnelle.

Coût pour les médicaments oraux pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire

Médicament	Coût mensuel	Coût annuel
Bosentan (<i>Tracleer</i> [®]) 125mg BID	3 850,72 \$	46 850,38 \$
Sildenafil (<i>Revatio</i> ^{MC}) 20mg TID	1 017,52 \$	12 379,85 \$

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Clopidogrel

(*Plavix*[®])

Comprimés de 75 mg

La durée de la couverture a été allongée dans le cas d'une utilisation faisant suite à l'implantation d'un stent intracoronaire :

Pour la prévention des thromboses faisant suite à l'implantation d'un stent intracoronaire pour une période de 6 mois au maximum pour les stents métalliques nus et de 12 mois pour les stents à élution médicamenteuse.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

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

Idursulfase

(*Elaprase*^{MC})

Flacon de 6 mg pour perfusion intraveineuse

Méthylphénidate – nouvelle demande

(*Concerta*[®])

Comprimés à libération contrôlée de 18 mg, 27 mg, 36 mg et 54 mg

Bulletin n° 716

Le 2 juin 2008

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables 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 1 juillet 2008 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 2 juillet 2008.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

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
July 1/08 July 2/08

Acetaminophen/oxycodone hydrochloride							
Acétaminophène/oxycodone (chlorhydrate d')							
Tab	Orl	5mg/325mg	Novo-Oxycodone Acet	2307898	NOP	AEFGVW	MAP
Co.							
Brimonidine Tartrate							
Liq	Oph	0.2%	Sandoz-Brimonidine	2305429	SDZ	AEVFW	MAP
Cabergoline							
Tab	Orl	0.5mg	Dostinex	2242471	SQI	Spec. Auth.	AAC
Co.			Co-Cabergoline	2301407	COB		
Citalopram Hydrobromide							
Citalopram (bromhydrate de)							
Tab	Orl	20mg	Mint-Citalopram	2304686	MNT	AEFGVW	MAP
Co.							
		40mg	Mint-Citalopram	2304694	MNT	AEFGVW	MAP
Deferoxamine Mesylate							
Déféroxamine (mésylate de)							
Pws	Inj	2g	pms-Deferoxamine	2243450	PMS	AEFGVW	AAC
Pds.							
Metoprolol Tartrate							
Métoprolol (tartrate de)							
SRT	Orl	100mg	Sandoz-Metoprolol SR	2303396	SDZ	AEFGVW	MAP
Co.L.L.							
		200mg	Sandoz-Metoprolol SR	2303418	SDZ	AEFGVW	MAP
Morphine Sulfate							
Morphine (sulfate de)							
SRT	Orl	60mg	Novo-Morphine SR	2302780	NOP	AEFGVW	MAP
Co.L.L.							
		100mg	Novo-Morphine SR	2302799	NOP	AEFGVW	AAC
			pms-Morphine Sulfate SR	2245287	PMS		
		200mg	Novo-Morphine SR	2302802	NOP	AEFGVW	AAC
			pms-Morphine Sulfate SR	2245288	PMS		
Olanzapine							
Tab	Orl	2.5mg	pms-Olanzapine	2303116	PMS	Spec. Auth.	MAP
Co.							
		5mg	pms-Olanzapine	2303159	PMS	Spec. Auth.	MAP
		7.5mg	pms-Olanzapine	2303167	PMS	Spec. Auth.	MAP
		10mg	pms-Olanzapine	2303175	PMS	Spec. Auth.	MAP
		15mg	pms-Olanzapine	2303183	PMS	Spec. Auth.	MAP

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
July 1/08 July 2/08

Ondansetron Hydrochloride Dihydrate
Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d')

Liq	Orl	4mg/5mL	Apo-Ondansetron	2291967	APX	Spec. Auth.	AAC	1.4614
-----	-----	---------	-----------------	---------	-----	-------------	-----	--------

Pantoprazole Sodium
Pantoprazole sodique

ECT	Orl	20mg	Apo-Pantoprazole	2292912	APX			
Co.Ent.			Novo-Pantoprazole	2285479	NOP	Spec. Auth.	AAC	1.2750
			Ran-Pantoprazole	2305038	RAN			

		40mg	Apo-Pantoprazole	2292920	APX			
			Novo-Pantoprazole	2285487	NOP	Spec. Auth.	AAC	1.3699
			Ran-Pantoprazole	2305046	RAN			

Propafenone Hydrochloride
Propafénone (chlorhydrate de)

Tab	Orl	150mg	pms-Propafenone (new formulation)	2294559	PMS	AEFGVW	MAP	
-----	-----	-------	--------------------------------------	---------	-----	--------	-----	--

Co.		300mg	pms-Propafenone (new formulation)	2294575	PMS	AEFGVW	MAP	
-----	--	-------	--------------------------------------	---------	-----	--------	-----	--

Ramipril

Cap	Orl	2.5mg	Ramipril	2255316	PMS	AEFGVW	MAP	
-----	-----	-------	----------	---------	-----	--------	-----	--

Caps		5mg	Ramipril	2255324	PMS	AEFGVW	MAP	
------	--	-----	----------	---------	-----	--------	-----	--

		10mg	Ramipril	2255332	PMS	AEFGVW	MAP	
--	--	------	----------	---------	-----	--------	-----	--

Risperidone

Tab	Orl	0.5mg	Sandoz-Risperidone (new formulation)	2303663	SDZ	AEFGVW	MAP	
-----	-----	-------	---	---------	-----	--------	-----	--

Co.

Timolol Maleate

Liq	Oph	0.5%	Apo-Timop Gel	2290812	APX	AEFGVW	MAP	
-----	-----	------	---------------	---------	-----	--------	-----	--

Co.

Venlafaxine Hydrochloride

SRC	Orl	37.5mg	Co-Venlafaxine XR	2304317	COB	AEFGVW	MAP	
-----	-----	--------	-------------------	---------	-----	--------	-----	--

Caps. L.L.		75mg	Co-Venlafaxine XR	2304325	COB	AEFGVW	MAP	
------------	--	------	-------------------	---------	-----	--------	-----	--

		150mg	Co-Venlafaxine XR	2304333	COB	AEFGVW	MAP	
--	--	-------	-------------------	---------	-----	--------	-----	--

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

					to	MAP
					July 1/08	July 2/08
Ciclopirox						
Liq	Top	8%	Apo-Ciclopirox	2298953 APX	AAC	8.2500
Modafinil						
Tab	Orl	100mg	Apo-Modafinil	2285398 APX	AAC	0.9293
Co.						

Bulletin No. 718

le 16 juin 2008

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) Modification des avantages pour l'oméprazole et le rabéprazole

À partir du 30 juin 2008, les doses journalières standards de 20 mg des produits d'oméprazole et de rabéprazole mentionnées ci-dessous ne nécessiteront plus d'autorisation spéciale en vue de leur couverture par le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

Ajouts relatifs aux avantages habituels*: Regimes ABEFGWW

Médicament	Marque	DIN	Fabricant
Oméprazole 20 mg cap	Losec	00846503	AZE
	Apo-Oméprazole	02245058	APX
	Sandoz-Oméprazole	02296446	SDZ
Oméprazole 20 mg tab	Losec	02190915	AZE
	ratio-Oméprazole	02260867	RPH
Rabéprazole 10 mg tab	Pariet	02243796	JAN
	Novo-Rabéprazole	02296632	NOP
	Ran-Rabéprazole	02298074	RAN
Rabéprazole 20 mg tab	Pariet	02243797	JAN
	Novo-Rabéprazole	02296640	NOP
	Ran-Rabéprazole	02298082	RAN

La couverture d'oméprazole et de rabéprazole aux doses journalières supérieures à 20 mg doit faire l'objet d'une autorisation spéciale.

Afin de mettre en application et de surveiller la modification de couverture pour la dose standard d'oméprazole ou de rabéprazole de 20 mg par jour, une limite quantitative a été fixée pour chaque médicament.

* Assujettis au Prix admissible maximum (PAM)

Des conseils fournis par le **Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments** (SCPUOM) ont renseigné le PMONB sur l'accès accru aux IPPs.

Voici les points saillants des travaux du SCPUOM :

- Les IPP sont aussi efficaces les uns que les autres
- Le traitement initial pour tout patient devrait être la dose courante de l'IPP
- Les ARH₂ sont une solution moins coûteuse pour de nombreux patients, le taux de soulagement des symptômes étant de presque 60 % comme traitement initial du RGO non exploré
- Sécurité : il est prudent de maintenir le patient à la dose et au niveau de suppression de l'acidité gastrique les plus basses possibles

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la prescription et l'utilisation des IPP, merci de consulter le rapport scientifique du SCPUOM au : <http://cadth.ca/index.php/fr/compus/current-topics/ppis>

- Une limite quantitative autorisera des demandes de couverture pour les comprimés/gélules d'oméprazole de 20 mg ou de rabéprazole de 20 mg tous les 90 jours.
- Sera également établie une limite quantitative autorisant des demandes d'un maximum de 200 comprimés de rabéprazole de 10 mg.
- Cette limite quantitative aura un délai flottant ; elle commencera à la date de la première demande du bénéficiaire relative à l'oméprazole ou au rabéprazole.
- La limite quantitative sera renouvelée tous les 90 jours et ne peut être prévaluée que par une demande d'autorisation spéciale approuvée.
- Lorsque les demandes pharmaceutiques sont soumises par voie électronique, un message de réponse sera envoyé en vue d'avertir le pharmacien lorsque le bénéficiaire a obtenu 75 % ou plus de sa limite.
- Toute demande excédant la limite quantitative du patient sera réduite à la quantité autorisée. Le message de réponse indiquera le nombre d'unités autorisées pour couverture.

Veillez noter que les patients bénéficiant d'une autorisation spéciale existante pour les IPP ne seront pas concernés par cette limite quantitative avant que leurs périodes de couverture actuelles ne cessent.

AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

Les IPP : l'oméprazole et le rabéprazole inférieure ou égale à 20 mg par jour

Les comprimés et les capsules d'oméprazole de 20 mg et les comprimés de rabéprazole de 10 et 20 mg ont été ajoutés aux avantages habituels pour les régimes ABEFGVW en raison de doses prescrites allant jusqu'à 20 mg par jour. Les doses supérieures à 20 mg par jour devront faire l'objet d'une autorisation spéciale.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Les doses d'oméprazole et de rabéprazole supérieures à 20 mg par jour

Toute demande de doses d'oméprazole et de rabéprazole supérieures à 20 mg par jour sera examinée pour les indications citées ci-dessous lorsque le bénéficiaire souffrent toujours de symptômes malgré un essai normal d'IPP en couverture habituel (c'est-à-dire oméprazole OU rabéprazole) à une dose de 20 mg par jour pendant au moins 8 semaines.

Les capsules de 15 mg & de 30 mg de lansoprazole et les comprimés de 20 mg & 40 mg de pantoprazole

Toute demande de lansoprazole et de pantoprazole sera examinée pour le bénéficiaire ayant subi un échec thérapeutique avec les IPP en couverture habituel (c'est-à-dire à 20 mg d'oméprazole par jour ET 20 mg de rabéprazole par jour).

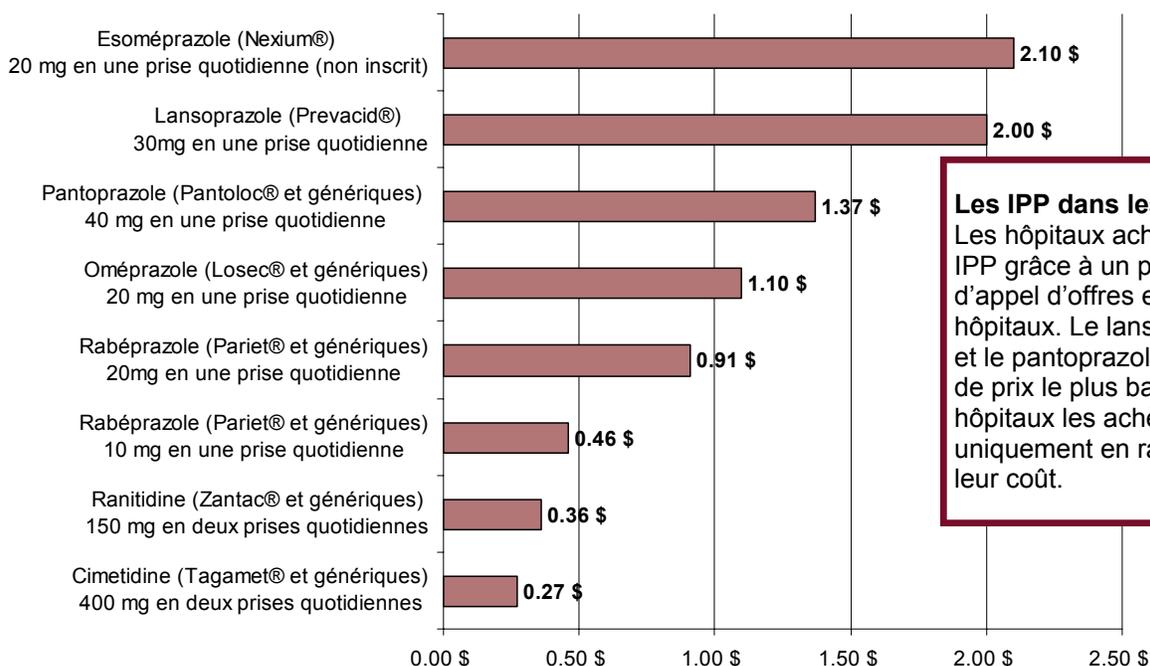
Périodes d'approbation

Toute demande de lansoprazole, de pantoprazole ou de doses d'oméprazole ou de rabéprazole supérieures à 20 mg par jour répondant aux critères ci-dessus sera examinée dans le cadre des périodes d'approbation maximum suivantes :

Informations sur l'indication et le diagnostic Période d'approbation maximum

1	RGO symptomatique ou d'autres indications associées au reflux (par ex. la douleur thoracique non cardiaque)	Examinée pour approbation à court terme (8 à 12 semaines)
2	L'oesophagite érosive/ulcérateuse ou l'oesophagite de Barrett	Examinée pour approbation à long terme
3	Syndrome de Zollinger-Ellison	Examinée pour approbation à long terme
4	L'ulcère gastrique/duodénal chez le patient <i>H. pylori</i> négatif ou souffrant de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale non investiguée	Examinée pour une période maximum de 12 semaines
5	Les patients <i>H. pylori</i> positifs souffrant de l'ulcère gastroduodénal	Les doses de 20 mg d'oméprazole ou de 20 mg de rabéprazole deux fois par jour seront couvertes sans autorisation spéciale dans le cadre de régime d'éradication du <i>H. pylori</i> . Les régimes de <i>H. pylori</i> contenant lansoprazole ou pantoprazole ne seront couverts que par autorisation spéciale.
6	Protection gastroduodénale (prophylaxie anti-ulcéreuse) chez le patient à haut risque (par ex. les utilisateurs d'AINS à haut risque)	Examinée pendant une période d'un an avec réévaluation

Comparaison des coûts journaliers de médicaments



Les IPP dans les hôpitaux

Les hôpitaux achètent les IPP grâce à un processus d'appel d'offres exclusif aux hôpitaux. Le lansoprazole et le pantoprazole ont l'offre de prix le plus bas, donc les hôpitaux les achètent uniquement en raison de leur coût.

Les informations suivantes sur la pharmacothérapie optimale des IPP se basent principalement sur les travaux effectués par le SCPUOM, un programme de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). Le SCPUOM favorise la prescription et l'utilisation optimales des médicaments en vue d'améliorer les résultats pour la santé. Merci de consulter le lien suivant pour obtenir une description de la procédure du SCPUOM ainsi qu'un grand nombre de rapports sur la thérapie optimale et d'outils de soutien : <http://cadth.ca/index.php/fr/compus/current-topics/ppis>

L'essentiel, les IPP sont d'égale efficacité

- Il n'y a pas de différences d'importance clinique entre les IPP à la dose courante dans le traitement des troubles digestifs dus à l'acidité gastrique.
- Le médecin peut choisir l'IPP au coût le plus bas sans compromettre la qualité du traitement .
- * La dose quotidienne courante selon l'IPP est la suivante : 20 mg pour l'oméprazole, 30 mg pour le lansoprazole, 40 mg pour le pantoprazole, 20 mg pour le rabéprazole et 20 mg pour l'ésoméprazole
- * Les IPP ont été comparés dans des études sur le reflux gastroœsophagien pathologique (RGOP) symptomatique, le reflux négatif à l'endoscopie, l'oesophagite avec érosion, l'éradication de *H. pylori* et la guérison et la prophylaxie des ulcères induits par un AINS .

L'essentiel, doubler la dose de l'IPP dans le traitement initial est inutile.

- * Dans le traitement initial, doubler la dose quotidienne courante de l'IPP n'est pas plus efficace que la dose quotidienne courante dans la guérison de l'oesophagite avec érosion ou de l'ulcère induit par un AINS
- * Les IPP à une dose double n'ont pas été étudiés dans toutes les indications; toutefois, au vu de la gravité des troubles précités, les études démontrent l'efficacité des IPP à la dose courante. L'IPP à une dose supérieure à la dose courante au moment du traitement initial est officiellement indiqué dans l'éradication de

H. pylori et le syndrome de Zollinger-Ellison.

- * Les lignes directrices canadiennes sur le RGOP²⁰⁰⁴ précisent que peu de données probantes appuient l'IPP à double dose dans le traitement initial, mais que le médicament peut être prescrit ainsi quand le patient manifeste toujours des symptômes graves malgré le traitement à la dose courante ou dans d'autres cas comme la douleur thoracique qui n'est pas d'origine cardiaque. Les lignes directrices recommandent également que le traitement d'entretien consiste en la dose et la fréquence d'administration la plus basse possible pour parvenir à maîtriser les symptômes .
- * Le traitement par un IPP au double de la dose courante devrait être réévalué périodiquement .

L'essentiel, l'ARH2 est une option moins coûteuse lorsque la suppression absolue de l'acidité gastrique n'est pas nécessaire.

Traitement initial du RGOP non investigué :

- Soulagement symptomatique après 8 semaines de traitement : 58 % pour l'ARH₂; 75 % pour l'IPP.

Reflux négatif à l'endoscopie :

- Soulagement des brûlures d'estomac après 4 semaines de traitement : 42 % pour l'ARH₂; 53 % pour l'IPP.

- Pas de différence notable de qualité de vie

Dyspepsie non investiguée (négative pour le *H. pylori*) :

- Maîtrise complète des symptômes après 4 semaines de traitement : 11 % pour l'ARH₂; 24 % pour l'IPP.
- Le traitement d'entretien par un IPP « sur demande » n'est pas plus avantageux que l'ARH₂ sur demande.

Dyspepsie fonctionnelle (pas de cause organique à l'origine des symptômes) :

- Pas de différence quant à la maîtrise des symptômes entre l'IPP à la dose courante et l'ARH₂ en 4 ou 8 semaines de traitement

L'IPP est le traitement de choix généralement admis des troubles comme l'oesophagite avec érosion (traitements initial et d'entretien)

et l'ulcère gastroduodénal, induit par *H. pylori* ou associé à un AINS .

Options dans le traitement d'entretien

Le traitement d'entretien optimal du RGOP, une fois le soulagement symptomatique obtenu grâce à un IPP, ne fait pas l'unanimité. Selon les caractéristiques particulières du patient, l'une ou l'autre des options suivantes est un choix raisonnable :

- Poursuivre le traitement par l'IPP en administration quotidienne
- Passer à un IPP « sur demande »
- Passer à un ARH₂
- Tenter de cesser le traitement médicamenteux

Sécurité

Bien que les IPP semblent relativement sûrs, leur emploi soulève depuis peu des préoccupations quant à la possibilité de :

- Risque accru de fracture de hanche, qui augmente avec la durée du traitement et l'augmentation de la dose quotidienne. Les données probantes issues de deux études cas-témoins soutiennent l'hypothèse d'une diminution de l'absorption du calcium due à la suppression de l'acidité gastrique.
- Pneumonie d'origine communautaire, mise en relief par des données probantes tirées de deux études cas-témoins, en vertu de l'hypothèse que la suppression de l'acidité gastrique ralentit la destruction des pathogènes ingérés.
- Diarrhée provoquée par *Clostridium difficile*, comme l'illustrent des données probantes issues de plusieurs études observationnelles; rien ne démontre un lien de causalité entre les IPP et *C. difficile*.
- Des études devront déterminer l'importance clinique de ces effets indésirables. Pour le moment, la prudence est de mise, à savoir prescrire l'IPP à la dose la plus basse possible et le moins longtemps possible dans un objectif de maîtrise symptomatique. Les références sont disponibles sur demande.

Pour consulter le projet complet et des outils d'intervention de soutien, rendez-vous au site Web de l'ACMTS :

<http://cadth.ca/index.php/fr/compus/current-topics/ppis>

Bulletin n° 721

Le 30 juillet 2008

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du *Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick* (PMONB) entre en vigueur le 30 juillet 2008.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- **Complément d'information sur les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)**
- **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 <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

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

Veuillez agréer mes salutations distinguées.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

COMPLÉMENT D'INFORMATION SUR LES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)

Tel qu'il a été annoncé auparavant, depuis le 30 juin 2008, l'oméprazole et le rabéprazole figurent sur la liste des médicaments assurés réguliers du PMONB lorsqu'ils sont prescrits à des doses maximales de 20 mg par jour.

Une autorisation spéciale est requise pour des doses d'oméprazole et de rabéprazole supérieures à 20 mg par jour et pour les prescriptions de lansoprazole et de pantoprazole.

Pour faciliter cette révision des médicaments assurés, veuillez prendre note de ce qui suit :

- Les patients qui bénéficient déjà d'une autorisation spéciale pour les IPP ne sont pas visés par les restrictions de quantité jusqu'à ce que leur couverture actuelle prenne fin ;
- Les patients qui ont eu une ordonnance de lansoprazole et de pantoprazole d'un gastroentérologue au cours des 100 derniers jours bénéficieront d'une autorisation spéciale valable pour un an qui sera établie en fonction de leur posologie actuelle. Une nouvelle demande d'autorisation spéciale devra être présentée quand la protection prendra fin ou que la quantité limite sera atteinte ;
- À compter du 1^{er} octobre 2008, la quantité limite pour l'oméprazole et le rabéprazole sera de comprimés ou capsules de 200 X 20 mg ou 400 X 10 mg deux fois par année en remplacement d'une période de temps variable.

AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
Desmopressine					
Co Oral 60 mcg	DDAVP [®] désintégréable	2284995	FEI	EFG – 18	PAR
120 mcg	DDAVP [®] désintégréable	2285002	FEI	EFG – 18	
Dexaméthasone					
Co Oral 2 mg	pms-Dexaméthasone [®]	2279363	PMS	AEFGVW	PAR
Irbésartan / hydrochlorothiazide					
Co Oral 300 mg / 25 mg	Avalide [®]	2280213	BRI	AEFGVW	PAR
Lopinavir / ritonavir					
Co Oral 200 mg / 50 mg	Kaletra [®]	2285533	ABB	U	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Desmopressine
(DDAVP[®] désintégréable)
Comprimés de 60 mcg
et de 120 mcg

Indiqué pour le traitement du diabète insipide.

Remarque : La desmopressine est un médicament assuré régulier faisant partie des régimes EFG – 18.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Itraconazole
(*Sporanox*[®])
Capsules de 100 mg

1. Indiqué pour le traitement des infections fongiques systémiques graves.
2. Indiqué pour le traitement des infections fongiques graves ou résistantes chez les patients immunocompromis.
3. Indiqué pour le traitement des onychomycoses graves lorsque utilisé en thérapie pulsée.
 - Le remboursement du traitement des mycoses des ongles des mains est limité à 56 capsules de 100 mg par période de 8 semaines.
 - Le remboursement du traitement des mycoses des ongles des orteils est limité à 84 capsules de 100 mg par période de 12 semaines.

Alglucosidase alfa
(*Myozyme*[®])
Format injectable de
50 mg/flacon

Indiqué pour le traitement de la maladie de Pompe infantile qui se manifeste par l'apparition de symptômes et un diagnostic confirmé de myocardiopathie dans les 12 premiers mois de vie.

Suivi du traitement

Le suivi des indicateurs de la gravité de la maladie et de la réaction au traitement doit, à tout le moins, comprendre :

1. Poids, longueur et circonférence de la tête ;
2. Besoin d'aide ventilatoire, notamment supplément d'oxygène, appareil de pression passive expiratoire continue (CPAP), appareil de pression positive expiratoire à deux niveaux (BiPAP) ou intubation endotrachéale et ventilation ;
3. Indice de masse du ventricule gauche déterminé par échocardiographie (non pas par un ECG seul) ;
4. Consultations périodiques en cardiologie ;
5. Consultations périodiques en pneumologie.

Abandon du traitement

1. Les patients admissibles au remboursement du coût du traitement à l'alglucosidase alfa doivent accepter de participer à une évaluation à long terme de l'efficacité du traitement en subissant des examens médicaux périodiques. Le défaut de se soumettre aux examens médicaux recommandés et aux enquêtes pourrait faire en sorte de rendre le patient inadmissible au remboursement du médicament.
2. La nécessité de poursuivre un traitement de soins ventilatoires invasif après avoir commencé un traitement de substitution doit être considéré comme un échec du traitement. Le financement d'un traitement de substitution doit être arrêté dans les 6 mois suivant l'introduction d'un ventilateur quand les bébés ne réussissent pas à respirer sans ventilateur ou quand leur état se détériore davantage.
3. La détérioration de la fonction cardiaque, mise en évidence par un échec de l'hypertrophie ventriculaire gauche (comme l'indique l'indice de masse ventriculaire gauche), par plus d'une unité Z = 1, ou des résultats cliniques ou des résultats à l'échocardiogramme de dysfonction systolique ou diastolique sans signe d'amélioration, malgré un traitement de substitution s'échelonnant sur 24 semaines, doit être considérée comme un échec du traitement et le financement pour le traitement de substitution doit être arrêté.

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Pegfilgrastim

(Neulasta®)

Seringue préremplie de
6 mg

Le pegfilgrastim peut être remboursé si, dans le cadre d'un projet pilote du PMONB visant à surveiller son utilisation, une demande d'autorisation spéciale est acceptée. Reportez-vous à la fiche de renseignements ci-jointe pour obtenir plus de détails.

Les demandes de règlement seront étudiées lorsque le médicament sera prescrit ou recommandé par un hématologue ou un oncologue médical à un patient qui satisfait aux critères suivants :

Chimiothérapie et traitements concomitants

- Prophylaxie :
Administer aux patients n'ayant subi aucun autre traitement et recevant un schéma posologique caractéristique d'un traitement de chimiothérapie myélosuppressive modéré à intensif (c.-à-d. incidence de neutropénie fébrile ≥ 40 p. 100). La neutropénie fébrile est définie comme une température $\geq 38,5$ °C ou $> 38,0$ °C à trois reprises dans une période de 24 heures et une neutropénie caractérisée par un nombre absolu de neutrophiles $< 0,5 \times 10^9/L$.
- Prophylaxie secondaire :
 - Administrer aux patients recevant un traitement de chimiothérapie myélosuppressive qui ont eu un épisode de neutropénie fébrile, de neutropénie septique ou de neutropénie profonde lors d'un premier cycle de chimiothérapie ;
 - Administrer aux patients dont la dose a été réduite ou dont le traitement a été retardé de plus d'une semaine en raison d'une neutropénie.
- Posologie du médicament administré en concomitance avec un traitement de chimiothérapie :
La dose recommandée de pegfilgrastim est une seule injection sous-cutanée de 6 mg, administrée une fois par cycle de chimiothérapie. Il faut attendre au moins 24 heures après un traitement de chimiothérapie cytotoxique avant d'administrer le pegfilgrastim.

Le pegfilgrastim n'est pas indiqué dans les cas suivants et les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas étudiées :

- Tumeurs malignes myéloïdes ;
- Patients en pédiatrie atteints d'un cancer et subissant un traitement de chimiothérapie myélosuppressive ;
- Neutropénies bénignes ;
- Transplantation de cellules souches ;
- Traitement préventif de la neutropénie fébrile dans le cadre d'un traitement palliatif.

Nota : La dose de filgrastim (Neupogen®) est de 5 mcg/kg/jour. Pour les patients de poids ≤ 60 kg à qui l'on prescrit 300 mcg de filgrastim pendant une période de 9 jours ou moins, le coût du traitement est inférieur au coût d'un traitement de 6 mg de pegfilgrastim.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Carvédilol

(Coreg®)

Comprimés de
3,125 mg, 6,25 mg,
12,5 mg et 25 mg

Indiqué pour le traitement de l'insuffisance cardiaque symptomatique stable chez les patients présentant une fraction d'éjection du ventricule gauche inférieure ou égale à 40 p. 100.

Les ordonnances rédigées par les cardiologues ou les internistes ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

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

Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) /

Cannabidiol – pour la douleur associée
cancer évolué (Sativex®)

Vaporisateur buccal de 5,5 mL –
27 mg/mL ou 25 mg/mL

Carbonate de lanthane hydraté (Fosrenol®)

Comprimés croquables de 250 mg,
500 mg, 750 mg et 1000 mg

Posaconazole (Spirafil™)

Suspension orale de 40 mg/mL

Sitaxsentan (Thelin™)

Comprimés de 100 mg

Pegfilgrastim (Neulasta®)

Projet pilote pour évaluer l'utilisation du médicament

CONTEXTE

Le pegfilgrastim (Neulasta®) est une forme recombinante des facteurs de croissance granulocyto-monocytaires à action prolongée. Il est indiqué pour réduire l'incidence d'infections, qui se présentent sous la forme de neutropénie fébrile, chez les patients atteints de tumeurs malignes non myéloïdes prenant des médicaments antinéoplasiques avec effets myélosuppresseurs. À l'heure actuelle, selon le PMONB, il est nécessaire d'obtenir une autorisation spéciale pour une telle utilisation du filgrastim (Neupogen®).

Le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCED) a recommandé que le pegfilgrastim fasse partie de la liste des médicaments assurés pour les patients atteints d'un cancer non myéloïde dont le schéma posologique est conçu comme traitement curatif et qui sont à risque de développer une neutropénie de longue durée. Chez les patients ayant reçu un traitement de chimiothérapie myélosuppresseive, le filgrastim est administré une fois par jour, pour une durée maximale de 14 jours. Le pegfilgrastim est administré sous la forme d'une seule injection par cycle de chimiothérapie. Le coût du pegfilgrastim peut être supérieur ou inférieur à celui du filgrastim, selon la dose, la durée du traitement, le patient et la pratique clinique.

PROJET PEGFILGRASTIM (Neulasta®)

À compter du 01 août 2008, un projet pilote sera mis en œuvre pour surveiller l'utilisation du pegfilgrastim. Pendant la durée du projet pilote, le pegfilgrastim sera remboursé si une autorisation spéciale est accordée et son utilisation par les bénéficiaires qui répondent aux critères sera évaluée dans le cadre du PMONB. Quand le projet pilote prendra fin, il sera décidé du type de garantie accordée au pegfilgrastim sur le Formulaire du PMONB.

RÔLE DU PROGRAMME D'AIDE AUX PATIENTS D'AMGEN CANADA (VICTORY®)

Les bénéficiaires du PMONB pourront se procurer le pegfilgrastim par l'entremise du programme *Victory Pharmacy* d'Amgen Canada (Pharmacie Keswick). Une fois que la demande d'autorisation spéciale est approuvée, le médecin ou son délégué inscrit le patient au programme *Victory* du fabricant. Le formulaire d'inscription au programme *Victory* doit être rempli, puis envoyé par télécopieur au numéro 1-888-987-2201, accompagné d'une copie de l'ordonnance.

La quantité prescrite de pegfilgrastim est directement livrée au patient par l'entremise du programme *Victory*. Le pharmacien du programme *Victory* conseillera le patient relativement au pegfilgrastim, planifiera la livraison, préparera l'ordonnance et livrera le médicament chez le patient en respectant la chaîne du froid.

Pour toute question, les patients et les fournisseurs de soins de santé peuvent communiquer avec un représentant du service à la clientèle du programme *Victory* vingt-quatre heures sur vingt-quatre, au numéro 1-888-706-4717.

PRIX MAXIMAL ADMISSIBLE POUR LE PEGFILGRASTIM (Neulasta®)

Un prix maximal admissible a été établi pour le pegfilgrastim. Les demandes présentées par les pharmacies ne participant pas au programme *Victory* seront remboursées jusqu'à concurrence du prix maximal admissible, mais aucuns frais d'ordonnance ou autres ne seront remboursés.

FILGRASTIM (Neupogen®) ÉTAT DU MÉDICAMENT ASSURÉ INCHANGÉ

Le critère d'autorisation spéciale, et les processus d'approbation et de remboursement des frais d'ordonnance et des demandes de règlement s'appliquant au filgrastim (Neupogen®) n'ont pas été modifiés. Filgrastim figure toujours sur la liste des médicaments assurés nécessitant une autorisation spéciale pour les bénéficiaires du PMONB. Il n'est pas nécessaire de s'inscrire au programme *Victory*.

Filgrastim continue d'être le médicament privilégié dans un certain nombre de situations :

- Le filgrastim a été approuvé pour des cas où le pegfilgrastim n'a pas reçu l'approbation de Santé Canada ;
- Pour les patients de poids ≤ 60 kg à qui l'on prescrit 300 mcg de filgrastim pendant une période de 9 jours ou moins, le coût du traitement est inférieur au coût d'un traitement de 6 mg de pegfilgrastim.

FORMULAIRE D'AUTORISATION SPÉCIALE POUR LE FILGRASTIM / PEGFILGRASTIM

Un formulaire a été élaboré pour faciliter la présentation des demandes d'autorisation spéciale. Ce formulaire est disponible sur le site Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>. Si vous avez des questions, veuillez composer le numéro sans frais du service de renseignements du PMONB : 1-800-332-3691.

Bulletin n° 727

Le 18 septembre 2008

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 21 octobre 2008 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 22 octobre 2008.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp.

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Oct 21/08 Oct 22/08

Butalbital/Acetylsalicylic Acid/Caffeine
Butalbital/acide acétylsalicylique/caféine
Cap Orl 50mg/330mg/40mg ratio-Tecnal 608238 RPH W AAC 0.5038
Caps

Butalbital/Acetylsalicylic Acid/Caffeine/Codeine Phosphate
Butalbital/acide acétylsalicylique/caféine/codéine (phosphate de)
Cap Orl 50mg/330mg/40mg/15mg
Caps ratio-Tecnal C1/4 608203 RPH W AAC 0.5400

Butalbital/Acetylsalicylic Acid/Caffeine/Codeine Phosphate
Butalbital/acide acétylsalicylique/caféine/codéine (phosphate de)
Cap Orl 50mg/330mg/40mg/30mg
Caps ratio-Tecnal C1/2 608181 RPH W AAC 0.6615

Cefazolin Sodium
Céfazoline sodique
Pws Inj 500mg Cefazolin 2308932 SDZ BEFGW AAC 4.0000
Pds
1gm Cefazolin 2308959 SDZ BEFGW AAC 6.0000

Ceftriaxone Disodium
Ceftriaxone disodique
Pws Inj 250mg Ceftriaxone 2292866 APX BEFGW AAC 7.5300
Pds
1gm Ceftriaxone 2292874 APX BEFGVW MAP

Ciprofloxacin Hydrochloride
Ciprofloxacin (chlorhydrate de)
Tab Orl 250mg Ran-Ciproflox 2303728 RAN BW & Spec. Auth. MAP
Co.
500mg Ran-Ciproflox 2303736 RAN BW & Spec. Auth. MAP
750mg Ran-Ciproflox 2303744 RAN BW & Spec. Auth. MAP

Note: All currently listed brands of ciprofloxacin 250mg, 500mg & 750mg tablets are now regular benefits of Plan B.

Clonidine Hydrochloride
Clonidine (chlorhydrate de)
Tab Orl 0.025mg Novo-Clonidine 2304163 NOP AEFVW MAP
Co.

Cyclosporine
Liq Orl 100mg/mL Apo-Cyclosporine 2244324 APX R AAC 3.7708

Fentanyl Transdermal
Fentanyl transdermal de
Srd Trd 12mcg ratio-Fentanyl 2311925 RPH Spec. Auth. AAC 3.1980

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Oct 21/08 Oct 22/08

Gabapentin								
Gabapentine								
Tab	Orl	600mg	Apo-Gabapentin	2293358	APX	Spec. Auth.	MAP	
Co.		800mg	Apo-Gabapentin	2293366	APX	Spec. Auth.	MAP	
Gliclazide								
ERT	Orl	30mg	Diamicron MR	2242987	SEV	ABEFGVW	AAC	0.1405
Co. L.P.			Apo-Gliclazide MR	2297795	APX			
Pantoprazole Sodium								
Pantoprazole sodique								
ECT	Orl	20mg	ratio-Pantoprazole	2308681	RPH	Spec. Auth.	MAP	
Co. Ent.			Sandoz-Pantoprazole	2301075	SDZ			
		40mg	Co-Pantoprazole	2300486	COB			
			Gen-Pantoprazole	2299585	GPM			
			pms-Pantoprazole	2307871	PMS	Spec. Auth.	MAP	
			ratio-Pantoprazole	2308703	RPH			
			Sandoz-Pantoprazole	2301083	SDZ			
Quetiapine Fumarate								
Quétiapine (fumarate de)								
Tab	Orl	25mg	Co-Quetiapine	2316080	COB			
Co.			Gen-Quetiapine	2307804	GPM			
			Novo-Quetiapine	2284235	NOP	AEFGVW	AAC	0.3458
			pms-Quetiapine	2296551	PMS			
			ratio-Quetiapine	2311704	RPH			
		100mg	Co-Quetiapine	2316099	COB			
			Gen-Quetiapine	2307812	GPM			
			Novo-Quetiapine	2284243	NOP	AEFGVW	AAC	0.9226
			pms-Quetiapine	2296578	PMS			
			ratio-Quetiapine	2311712	RPH			
		200mg	Co-Quetiapine	2316110	COB			
			Gen-Quetiapine	2307839	GPM			
			Novo-Quetiapine	2284278	NOP	AEFGVW	AAC	1.8527
			pms-Quetiapine	2296594	PMS			
			ratio-Quetiapine	2311747	RPH			
		300mg	Co-Quetiapine	2316129	COB			
			Gen-Quetiapine	2307847	GPM			
			Novo-Quetiapine	2284286	NOP	AEFGVW	AAC	2.7038
			pms-Quetiapine	2296608	PMS			
			ratio-Quetiapine	2311755	RPH			

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

							to	MAP
							Oct 21/08	Oct 22/08
Ramipril								
Cap	Orl	1.25mg	Gen-Ramipril	2301148	GPM	AEFGVW	MAP	
Caps								
		2.5mg	Gen-Ramipril	2301156	GPM	AEFGVW	MAP	
		5mg	Gen-Ramipril	2301164	GPM	AEFGVW	MAP	
		10mg	Gen-Ramipril	2301172	GPM	AEFGVW	MAP	
Valacyclovir								
Tab	Orl	500mg	Apo-Valacyclovir	2295822	APX	AEFGVW	AAC	2.5443
Co.			pms-Valacyclovir	2298457	PMS			
Venlafaxine Hydrochloride								
Venlafaxine (chlorhydrate de)								
SRC	Orl	37.5mg	Gen-Venlafaxine XR	2310279	GPM	AEFGVW	MAP	
Caps. L.L.			Sandoz-Venlafaxine XR	2310317	SDZ			
		75mg	Gen-Venlafaxine XR	2310287	GPM	AEFGVW	MAP	
			Sandoz-Venlafaxine XR	2310325	SDZ			
		150mg	Gen-Venlafaxine XR	2310295	GPM	AEFGVW	MAP	
			Sandoz-Venlafaxine XR	2310333	SDZ			

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

							to	MAP
							Oct 21/08	Oct 22/08
Brimonidine Tartrate								
Liq	Oph	0.15%	Apo-Brimonidine P	2301334	APX		AAC	1.7330
Naproxen								
ECT	Orl	375mg	pms-Naproxen EC	2294702	PMS		MAP	
Co. Ent.								
		500mg	pms-Naproxen EC	2294710	PMS		MAP	

Bulletin n° 732

Le 31 octobre 2008

Paiement des demandes pour les médicaments assurés du PMONB prescrits par les pharmaciens du Nouveau-Brunswick

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) a pour but d'adapter les récents changements apportés à la *Loi sur les pharmacies* du Nouveau-Brunswick et ses règlements d'application visant à réglementer la permission de prescrire des pharmaciens. Toutefois, un amendement aux règlements de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance*, par l'adjonction de « le pharmacien » dans la définition de « auteur d'une prescription » est nécessaire pour permettre le remboursement des médicaments assurés du PMONB ayant été prescrits par les pharmaciens autorisés du Nouveau-Brunswick.

Un bulletin suivra dès lors que cet amendement sera signé par le lieutenant-gouverneur. À ce moment-là, le PMONB remboursera les demandes concernant les médicaments prescrits par les pharmaciens (selon les indications ci-dessous) à condition de figurer sur la liste de médicaments assurés du formulaire du PMONB.

Reconnaissance du PMONB de l'émission d'ordonnances par les pharmaciens

Le PMONB reconnaîtra tous les pouvoirs de prescription dans le cadre des adjonctions aux règlements conformément à l'article 19.01 de la *Loi sur la pharmacie*.

Ces adjonctions comprennent:

- l'adaptation d'une ordonnance;
- la modification de la posologie, de la formulation, du traitement;
- le renouvellement d'une ordonnance pour la continuité des soins;
- la continuité d'un traitement sans ordonnance pour une maladie diagnostiquée auparavant;
- le remplacement d'un traitement;
- la prescription de médicaments sans ordonnance, de traitements et d'appareils;
- la prescription en situation d'urgence;
- l'exercice en collaboration.

Procédure pour la soumission des demandes après l'approbation du règlement du *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance*

Pour le paiement des demandes de remboursement, toutes les demandes présentées au PMONB concernant les émissions d'ordonnances par les pharmaciens du Nouveau-Brunswick doivent comporter le numéro d'immatriculation du pharmacien prescripteur émis par l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick. Ce numéro est précédé du préfixe **8000**. Par exemple, si un numéro d'immatriculation d'un pharmacien du Nouveau-Brunswick est le 2325, il faut saisir le numéro 80002325 dans le champ « ID du prescripteur » du logiciel d'exploitation de la pharmacie.

Il est également recommandé de saisir les deux chiffres du numéro de référence de l'ID du prescripteur dans le champ prévu à cet effet puisque cette consigne deviendra bientôt obligatoire. Voici les numéros de référence de l'ID du prescripteur au Nouveau-Brunswick :

Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick	(41)
Société dentaire du Nouveau-Brunswick	(45)
Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick	(46)
Association des optométristes du Nouveau-Brunswick	(47)
Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick	(48)

Renseignements sur d'autres activités liées à l'émission d'ordonnances

Actuellement, le PMONB explore des options qui permettront la présentation de demandes d'autorisations spéciales par les pharmaciens prescripteurs. D'autres renseignements à ce sujet seront communiqués sous peu. La politique en matière de limite quantitative est en cours d'examen. Les mises à jour de cette politique seront communiquées après la conclusion de cet examen.

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

Bulletin n° 734

Le 12 novembre 2008

Oseltamivir (Tamiflu®) pour les bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée

Renseignements sur les pharmacies offrant des services aux foyers de soins infirmiers agréés

L'oseltamivir (Tamiflu®) est offert à titre de garantie nécessitant une autorisation spéciale aux bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée. Un établissement de soins de longue durée désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux. Santé publique a élaboré le protocole suivant aux fins de traitement des patients infectés et de la prophylaxie pendant l'épidémie de grippe dans les établissements de soins de longue durée.

- Dans le cas d'une épidémie d'infections respiratoires dans un établissement de soins de longue durée, le médecin traitant ou le conseiller médical/médecin résident de l'établissement s'entretiendra avec le médecin-chef des services de santé régionaux afin de déterminer si la cause de l'épidémie est, ou est susceptible d'être, la grippe.
- Si la cause de l'épidémie est déterminée comme étant la grippe ou susceptible de l'être, le médecin-chef des services de santé fera des recommandations générales par rapport à l'administration du médicament antigrippal dans l'établissement. La responsabilité des décisions concernant le traitement individuel des résidents pendant l'épidémie incombe toujours au médecin traitant. Voici le processus de couverture :
 - L'oseltamivir constitue une garantie du PMONB pour le Régime V nécessitant une autorisation spéciale.
 - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B.
 - L'amantadine constitue une garantie régulière du PMONB.
 - **Nota : Même si l'amantadine a déjà été utilisée auparavant en tant que traitement et prophylaxie de la grippe de type A, elle n'est pas présentement recommandée par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), car on a observé des niveaux de résistance plus élevés.**
- Lorsque les médicaments antigrippaux sont étudiés afin de traiter un résident qui présente des symptômes, il importe de confirmer que les symptômes de la grippe sont présents depuis *moins* de 48 heures. Le médicament antigrippal est moins susceptible de s'avérer bénéfique pour les résidents qui sont malades depuis plus de 48 heures.

La déclaration du CCNI pour l'année 2008-2009 fournit des renseignements sur la vaccination ainsi que la thérapie antiviral, y compris des recommandations quant à l'usage de l'oseltamivir. L'amantadine n'est pas recommandée, mais la décision pourrait être modifiée à la lumière de nouvelles données. Il est possible d'accéder à l'énoncé complet du CCNI pour l'année 2008-2009, y compris les directives associées à la posologie, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/08vol34/acs-3/index-fra.php>.

Processus de couverture de l'oseltamivir

Approbation d'une autorisation spéciale du PMONB :

Si le médecin-chef des services de santé recommande le traitement antigrippal, le conseiller médical, le médecin résident de l'établissement de soins de longue durée ou tout employé désigné par l'établissement avisera le PMONB du début du traitement à l'oseltamivir dans cet établissement en communiquant avec le service de renseignements du PMONB au 1-800-332-3691.

Après les heures de bureau, laissez un message contenant les renseignements suivants :

- la date du message;
- le nom et l'adresse de l'établissement de soins de longue durée;
- le nom de la pharmacie qui prépare les ordonnances afférentes à l'oseltamivir;
- le nom et le numéro de téléphone d'une personne-ressource à l'établissement de soins de longue durée au cas où le responsable du PMONB devait préciser certains détails.

Il faut communiquer avec le pharmacien de l'établissement de soins de longue durée au même moment que le PMONB pour donner le temps de réserver et de distribuer la quantité requise d'oseltamivir.

Paiement en ligne des demandes de règlement relatives à l'oseltamivir nécessitant une autorisation spéciale :

Lorsque le PMONB aura été informé par l'établissement de soins de longue durée qu'un traitement par l'oseltamivir a été commandé pour ses résidents, des responsables du programme procéderont à l'approbation d'une autorisation spéciale pour tous les bénéficiaires du régime V (résidents de foyers de soins infirmiers) dans l'établissement. Le PMONB avisera la pharmacie lorsque l'autorisation spéciale concernant l'oseltamivir aura été activée. La pharmacie pourra alors facturer les demandes de règlement en ligne. L'approbation de l'oseltamivir pour les résidents recevant des soins de relève qui ne sont pas bénéficiaires du régime V doit être accordée séparément. L'établissement de soins de longue durée doit aviser le PMONB si elle compte des résidents recevant des soins de relève.

CRITÈRES D'AUTORISATION SPÉCIALE

Oseltamivir
(*Tamiflu*®)
Capsules de
75mg

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée* lors d'une épidémie de grippe et suite à la recommandation générale d'un médecin-chef des services de santé sur le traitement antigrippal :

- Pour le traitement des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée atteints de la grippe de type A ou B soupçonnée ou confirmée en laboratoire. Un cas soupçonné désigne le cas de personnes répondant aux critères d'une maladie analogue à la grippe et lorsqu'il y a confirmation de la propagation de la grippe de type A et B dans l'établissement ou la collectivité environnante.
- Pour la prophylaxie des résidents d'établissements de soins de longue durée dans lesquels il y a épidémie de la grippe de type A ou B. La prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à ce que l'épidémie de grippe soit enrayée. Une épidémie est déclarée enrayée sept jours après l'apparition des symptômes du dernier cas au sein de l'établissement.

* Selon les critères susmentionnés, *un établissement de soins de longue durée* désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux.

Bulletin n° 735

Le 20 novembre 2008

Les demandes de remboursement sont désormais acceptées pour les médicaments assurés couverts par le PMONB prescrits par les pharmaciens du Nouveau-Brunswick

Le règlement établi en vertu de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance* a été modifié en ajoutant les pharmaciens à la définition de l'auteur d'une prescription.

Le PMONB remboursera désormais les demandes concernant les médicaments prescrits par les pharmaciens du Nouveau-Brunswick à condition que le médicament figure sur la liste de médicaments assurés couverts par le Formulaire du PMONB.

Le PMONB reconnaît tous les prescripteurs désignés à l'article 19.01 du règlement relatif à la *Loi sur la pharmacie*.

Procédure de soumission des demandes de remboursement

Pour le paiement des demandes de remboursement, toutes les demandes présentées au PMONB concernant les émissions d'ordonnances par les pharmaciens du Nouveau-Brunswick doivent comporter le numéro d'immatriculation du pharmacien prescripteur émis par l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick. Ce numéro est précédé du préfixe **8000**. Par exemple, si un numéro d'immatriculation d'un pharmacien du Nouveau-Brunswick est le 2325, il faut saisir le numéro 80002325 dans le champ « ID du prescripteur » du logiciel d'exploitation de la pharmacie.

Le répertoire des pharmaciens peut être consulté dans l'onglet Consommateurs de la page d'accueil du site Web de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick :

<http://www.nbpharmacists.ca/ConsumerInfo/PharmacistDirectory/tabid/472/language/fr-CA/Default.aspx>.

Il est également recommandé de saisir les deux chiffres du numéro de référence de l'ID du prescripteur dans le champ prévu à cet effet puisque cette consigne deviendra bientôt obligatoire. Voici les numéros de référence de l'ID du prescripteur au Nouveau-Brunswick :

Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick	(41)
Société dentaire du Nouveau-Brunswick	(45)
Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick	(46)
Association des optométristes du Nouveau-Brunswick	(47)
Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick	(48)

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

Bulletin n° 737

Le 26 novembre 2008

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du *Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick* (PMONB) entre en vigueur le 26 novembre 2008.

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_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.qnb.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	\$
Darbépoétine Liq Inj 130 mcg	Aranesp [®]	2246358	AGA	W	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Calcium d'acamprostate (Campra[®])

Comprimés de 333 mg

Pour maintenir l'abstinence à l'alcool chez les personnes qui ont une dépendance à l'alcool n'en ayant pas consommé depuis au moins quatre jours et présentant des contre-indications au naltrexone (p. ex. traitement aux opiacés, pour l'hépatite aiguë ou l'insuffisance rénale). La prise d'acamprostate doit être faite dans le cadre d'un plan complet de gestion qui comprend du counseling.

Emtricitabine / fumarate de ténofovir disoproxil / éfavirenz (Atripla^{MC})

Comprimés de 200 mg,
de 300 mg et de 600 mg

Indiqué pour le traitement des patients infectés par le VIH-1 (bénéficiaires du plan U) où la combinaison de ténofovir, d'emtricitabine et d'éfavirenz est indiquée, et où :

- Atripla^{MC} est utilisé pour remplacer le traitement existant par ses composés médicamenteux;
- le patient naïf au traitement antirétroviral;
- le patient a réussi à supprimer de façon soutenue le virus mais nécessite tout de même un traitement antirétroviral modifié en raison d'une intolérance ou d'effets indésirables.

Lansoprazole (Prevacid[®])

Comprimés de 15 mg

Pour les patients qui respectent les critères d'autorisation spéciale pour un inhibiteur de la pompe à protons et qui ont besoin que le médicament soit administré par une sonde d'alimentation.

Raltegravir (Isentress^{MC})

Comprimés de 400 mg

Indiqué pour le traitement des patients infectés par le VIH (bénéficiaires du plan U) qui ont reçu un traitement antirétroviral et subi un échec virologique en raison d'une résistance 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).

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Alendronate

(Fosamax® et produits génériques)

Comprimés de 10 mg et de 70 mg

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

Risedronate

(Actonel®)

Comprimés de 5 mg et de 35 mg

Femmes			
Âge (en années)	RISQUE SUR 10 ANS		
	Risque faible < 10 %	Risque modéré 10 % – 20 %	Risque élevé > 20 %
	COTE T LA PLUS FAIBLE Colonne lombaire, hanche totale, col du fémur, trochanter		
50	> -2,3	-2,3 à -3,9	< -3,9
55	> -1,9	-1,9 à -3,4	< -3,4
60	> -1,4	-1,4 à -3,0	< -3,0
65	> -1,0	-1,0 à -2,6	< -2,6
70	> -0,8	-0,8 à -2,2	< -2,2
75	> -0,7	-0,7 à -2,1	< -2,1
80	> -0,6	-0,6 à -2,0	< -2,0
85	> -0,7	-0,7 à -2,2	< -2,2

Hommes			
Âge (en années)	RISQUE SUR 10 ANS		
	Risque faible < 10 %	Risque modéré 10 % – 20 %	Risque élevé > 20 %
	COTE T LA PLUS FAIBLE Colonne lombaire, hanche totale, col du fémur, trochanter		
50	> -3,4	<= -3,4	---
55	> -3,1	<= -3,1	---
60	> -3,0	<= -3,0	---
65	> -2,7	<= -2,7	---
70	> -2,1	-2,1 à -3,9	< -3,9
75	> -1,5	-1,5 à -3,2	< -3,2
80	> -1,2	-1,2 à -3,0	< -3,0
85	> -1,3	-1,3 à -3,3	< -3,3

Référence : *Canadian Association of Radiology Journal*, vol. 56(3), 2005, p. 178-88

Calcitonine de saumon

(Miacalcin®)

Vaporisateur nasal de
200 UI

- Indiqué pour le traitement de l'ostéoporose :
 - avec fracture de fragilité documentée en cas de contre-indication ou d'intolérance à l'alendronate, au risedronate et à la raloxifène;
 - sans fracture documentée chez les patients présentant un risque élevé de fractures sur dix ans (voir les tableaux sur le risque de fractures) en cas de contre-indication ou d'intolérance à l'alendronate, au risedronate et à la raloxifène.
- Indiqué pour le traitement à court terme (pour un maximum de trois mois) des douleurs associées aux fractures de fragilité ostéoporotiques, aux métastases osseuses ou aux fractures pathologiques.

Raloxifène

(Evista®)

Comprimés de 60 mg

- Indiqué pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique :
- avec fracture de fragilité documentée en cas de contre-indication ou d'intolérance aux bisphosphonates;
 - sans fracture documentée chez les patients présentant un risque élevé de fractures sur dix ans (voir les tableaux sur le risque de fractures) en cas de contre-indication ou d'intolérance aux bisphosphonates.

MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

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

Nanocristaux de fénofibrate – deuxième soumission	<i>(Lipidil EZ[®])</i>	Comprimés de 48 mg et de 145 mg
Palipéridone	<i>(Invega^{MC})</i>	Comprimés à libération prolongée de 3 mg, de 6 mg et de 9 mg
Chlorhydrate de tramadol	<i>(Tridural^{MC})</i>	Comprimés de 100 mg, de 200 mg et de 300 mg

Bulletin n° 738

Le 10 décembre 2008

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 20 janvier 2009 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 21 janvier 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.

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
Jan 20/09 Jan 21/09

Bupropion Hydrochloride							
Bupropion (chlorhydrate de)							
SRT	Orl	150mg	pms-Bupropion SR	2313421	PMS	AEFGVW	MAP
Co. L.L.							
Cefazolin Sodium							
Céfazoline sodique							
Pws	Inj	1gm	Cefazolin	2297205	APX	BEFGW	MAP
Pds.							
Citalopram Hydrobromide							
Citalopram (bromhydrate de)							
Tab	Orl	20mg	Jamp-Citalopram	2313405	JPC	AEFGVW	MAP
Co.			Odan-Citalopram	2306239	ODN		
		40mg	Jamp-Citalopram	2313413	JPC	AEFGVW	MAP
			Odan-Citalopram	2306247	ODN		
Diclofenac Sodium							
Diclofénac sodique							
Sup	Rt	50mg	Sandoz-Diclofenac	2261928	SDZ	AEFGVW	MAP
Supp.							
		100mg	Sandoz-Diclofenac (new formulation)	2261936	SDZ	AEFGVW	MAP
Diltiazem Hydrochloride							
Diltiazem (chlorhydrate de)							
ERC	Orl	120mg	Apo-Diltiazem TZ	2291037	APX	AEFVW	MAP
Caps. L.P.							
		180mg	Apo-Diltiazem TZ	2291045	APX	AEFVW	MAP
		240mg	Apo-Diltiazem TZ	2291053	APX	AEFVW	MAP
		300mg	Apo-Diltiazem TZ	2291061	APX	AEFVW	MAP
		360mg	Apo-Diltiazem TZ	2291088	APX	AEFVW	MAP
Etidronate Disodium/calcium							
Etidronate disodique/calciqie							
Tab	Orl	400mg/500mg	Co-Etidrocal	2263866	COB	AEFVW	AAC 29.9900
Co.							
Famciclovir							
Tab	Orl	125mg	Co-Famciclovir	2305682	COB	AEFGVW	MAP
Co.							
		250mg	Co-Famciclovir	2305690	COB	AEFGVW	MAP
		500mg	Co-Famciclovir	2305704	COB	AEFGVW	MAP

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Jan 20/09 Jan 21/09

Gabapentin
Gabapentine

Tab	Orl	600mg	pms-Gabapentin	2255898	PMS	Spec. Auth.	MAP
Co.		800mg	pms-Gabapentin	2255901	PMS	Spec. Auth.	MAP

Leflunomide
Léflunomide

Tab	Orl	10mg	Gen-Leflunomide	2319225	GPM	Spec. Auth.	MAP
Co.		20mg	Gen-Leflunomide	2319233	GPM	Spec. Auth.	MAP

Ondansetron Hydrochloride Dihydrate
Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d')

Tab	Orl	4mg	Mint-Ondansetron	2305259	MNT	W & Spec. Auth.	MAP
Co.			Odan-Ondansetron	2306212	ODN		
		8mg	Mint-Ondansetron	2305267	MNT	W & Spec. Auth.	MAP
			Odan-Ondansetron	2306220	ODN		

Paroxetine

Tab	Orl	20mg	Sandoz-Paroxetine	2269430	SDZ	AEFGVW	MAP
Co.			(new formulation)				
		30mg	Sandoz-Paroxetine	2269449	SDZ	AEFGVW	MAP
			(new formulation)				

Pramipexole Dihydrochloride (Monohydrate)

Pramipexole dihydrochloride

Tab	Orl	0.25mg	Sandoz-Pramipexole	2315262	SDZ	AEFVW	MAP
Co.		0.5mg	Sandoz-Pramipexole	2315270	SDZ	AEFVW	MAP
		1mg	Sandoz-Pramipexole	2315289	SDZ	AEFVW	MAP
		1.5mg	Sandoz-Pramipexole	2315297	SDZ	AEFVW	MAP

Quetiapine Fumarate
Quétiapine (fumarate de)

Tab	Orl	25mg	Apo-Quetiapine	2313901	APX	AEFGVW	MAP	
Co.			Sandoz-Quetiapine	2313995	SDZ			
		100mg	Apo-Quetiapine	2313928	APX	AEFGVW	MAP	
			Sandoz-Quetiapine	2314002	SDZ			
		150mg	Novo-Quetiapine	2284251	NOP	AEFGVW	AAC	1.3518

NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

to MAP
Jan 20/09 Jan 21/09

Quetiapine Fumarate
Quétiapine (fumarate de)

Tab	Orl	200mg	Apo-Quetiapine	2313936	APX	AEFGVW	MAP
Co.			Sandoz-Quetiapine	2314010	SDZ		
		300mg	Apo-Quetiapine	2313944	APX	AEFGVW	MAP
			Sandoz-Quetiapine	2314029	SDZ		

Rabeprazole Sodium
Rabéprazole sodique

ECT	Orl	10mg	pms-Rabeprazole EC	2310805	PMS	ABEFGVW	MAP
Co. Ent.		20mg	pms-Rabeprazole EC	2310813	PMS	ABEFGVW	MAP

Ranitidine Hydrochloride
Ranitidine (chlorhydrate de)

Tab	Orl	150mg	Apo-Ranitidine (new formulation)	733059	APX	ABEFGVW	MAP
Co.		300mg	Apo-Ranitidine (new formulation)	733067	APX	ABEFGVW	MAP

Vitamin D2
Vitamin d2

Dps	Orl	8288IU/mL	Erdol (Drisodan)	80003615	ODN	AEFGVW	AAC	0.3520
Gttes								

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

to MAP
 Jan 20/09 Jan 21/09

Alfuzosin Hydrochloride							
Alfuzosine (chlorhydrate d')							
ERT	Orl	10mg	Apo-Alfuzosin	2315866	APX	AAC	0.7450
Co. L.P.							
Cefazolin Sodium							
Céfazoline sodique							
Pws	Inj	10gm	Cefazolin	2297213	APX	AAC	56.0000
Pds.							
Paroxetine							
Tab	Orl	10mg	Sandoz-Paroxetine	2269422	SDZ	MAP	
Co.							
(new formulation)							
Piperacillin Sodium/Tazobactam Sodium							
Pipéracilline sodique/Tazobactam sodique							
Pws	Inj	2g/0.25g	Piperacillin & Tazobactam	2308444	APX	AAC	0.3377
Pds.							
		3g/0.375g	Piperacillin & Tazobactam	2308452	APX	AAC	0.5067
		4g/0.5g	Piperacillin & Tazobactam	2308460	APX	AAC	0.4223
Ranitidine Hydrochloride							
Ranitidine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	75mg	Apo-Ranitidine (new formulation)	2230507	APX	AAC	0.1663
Co.							

Bulletin N° 739

Le 22 décembre 2008

AUGMENTATION DES FRAIS D'ORDONNANCE DU PMONB

À compter du 1^{er} janvier 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	\$8.90	\$13.35
\$100.00 - \$199.99	\$11.40	\$17.10
\$200.00 - \$499.99	\$16.50	\$17.50
\$500.00 - \$999.99	\$21.50	\$21.50
\$1000.00 - \$1999.99	\$61.50	\$61.50
\$2000.00 - \$2999.99	\$81.50	\$81.50
\$3000.00 - \$3999.99	\$101.50	\$101.50
\$4000.00 - \$4999.99	\$121.50	\$121.50
\$5000.00 - \$5999.99	\$141.50	\$141.50
au-delà de \$6000.00	\$161.50	\$161.50

Nota: 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° 740

Le 23 décembre 2008

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 23 décembre 2008.

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_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	\$
Niacine + lovastatine Co Oral 1000/40 mg	Advicor®	2293501	SEP	AEFGVW	PAR
Valsartan Co Oral 320 mg	Diovan®	2289504	NVR	AEFGVW	PAR

AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

Méthylphénidate
(*Biphentin*®)
Capsules de 80 mg

Pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez les enfants âgés de 6 à 18 ans qui présentent des symptômes importants et qui ont fait l'essai du méthylphénidate à libération immédiate ou à libération lente sans résultat satisfaisant.

Les demandes prises en considération seront celles effectuées par des pédopsychiatres, des pédiatres ou des omnipraticiens spécialisés dans le TDAH.

AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

Clopidogrel
(*Plavix*®)
Comprimés de 75 mg

La durée de la couverture a été prolongée lorsque ce médicament est utilisé pour prévenir les troubles ischémiques vasculaires chez des patients qui ont été hospitalisés pour des syndromes coronaires aigus sans sus-décalage du segment ST (par exemple, angine instable ou infarctus incomplet) en association avec de l'AAS pendant une période de trois mois.

Une polythérapie à plus long terme peut être envisagée pour une période de 12 mois après la survenue de syndromes coronaires aigus sans sus-décalage du segment ST chez des patients :

- présentant un deuxième syndrome coronaire aigu dans l'intervalle de 12 mois ;
- présentant une maladie coronarienne complexe ou étendue (par exemple coronaropathie diffuse avec lésion sur 3 vaisseaux sans possibilité de revascularisation) ;
- ayant des antécédents d'AVC, d'accident ischémique transitoire (AIT) ou d'artériopathie périphérique symptomatique.

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.

Aliskirène	<i>(Rasilez®)</i>	Comprimés de 150 mg et de 300 mg
Sels mixtes d'amphétamine	<i>(Adderall XR®)</i>	Capsules de 5, 10, 15, 20, 25 et 30 mg
Donépézil	<i>(Aricept RDT™)</i>	Comprimés à dissolution rapide de 5 mg et 10 mg
Sitagliptine	<i>(Januvia™)</i>	Comprimés de 100 mg
Chlorhydrate de tramadol	<i>(Ralivia™)</i>	Comprimés de 100 mg, 200 mg et 300 mg
Acide zolédronique – pour l'ostéoporose chez les femmes post-ménopausées	<i>(Aclasta®)</i>	Flacon de 5 mg/100 ml pour perfusion intraveineuse

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 :

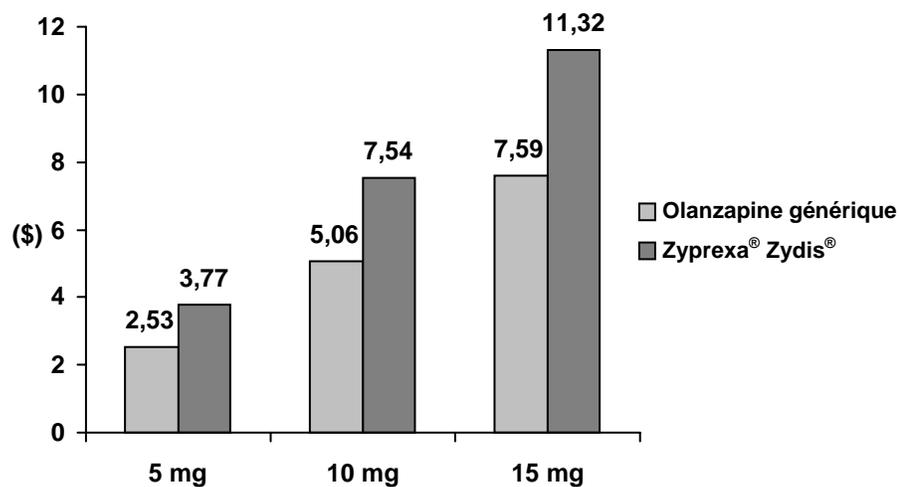
Le 19 février, 2009

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
(*Celsentr^{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

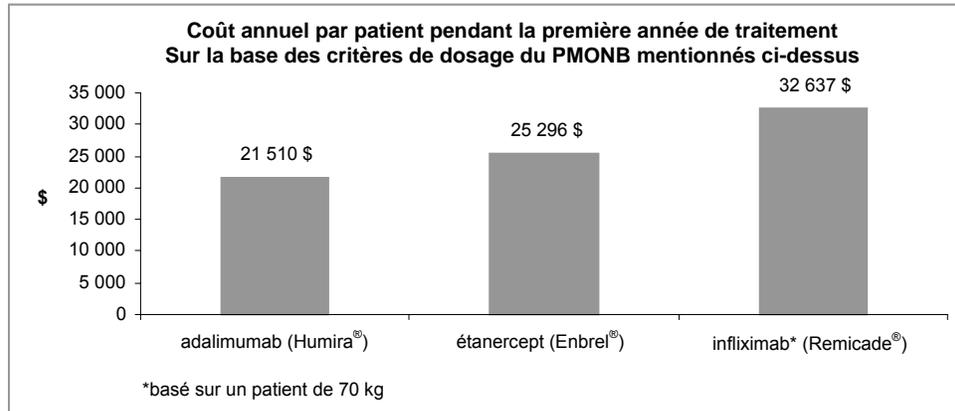
Infliximab

(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 recombinante
(*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.

Risperidone
(*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.

Ciclésionide (*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.

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
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							
Médoroxyprogéstérone 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 27août 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 CHOLINESTÉrase (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_nbpd@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®)

Fiolle 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.

infiximab – 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

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.

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
Nov 24/09 Nov 25/09

Benzydamine Hydrochloride
Benzydamine (chlorhydrate de)
Liq Orl 0.15%
Liq

Novo-Benzydamine 2310422 NOP AEEFGVW MAP

Cefepime Hydrochloride
Céfépime (chlorhydrate de)
Pws Inj 2g/vial
Pds.

Cefepime for Inj 2319039 APX W AAC 22.4300

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
Caps

Co-Fluconazole 2323419 COB AEEFGVW MAP

Hydrochlorothiazide
Tab Orl 12.5mg
Co.

Apo-Hydro 2327856 APX AEEFGVW AAC 0.0322

Omeprazole
Oméprazole
SRC Orl 20mg
Caps. L.L.

Mylan-Omeprazole 2329433 MYL ABEFGVW MAP

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
-----	-----	-------	-----------------	---------	-----	-------------	-----

**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
-----	-----	-------	-------------------	---------	-----	--	-----

		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, AINB, 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 débilissant 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

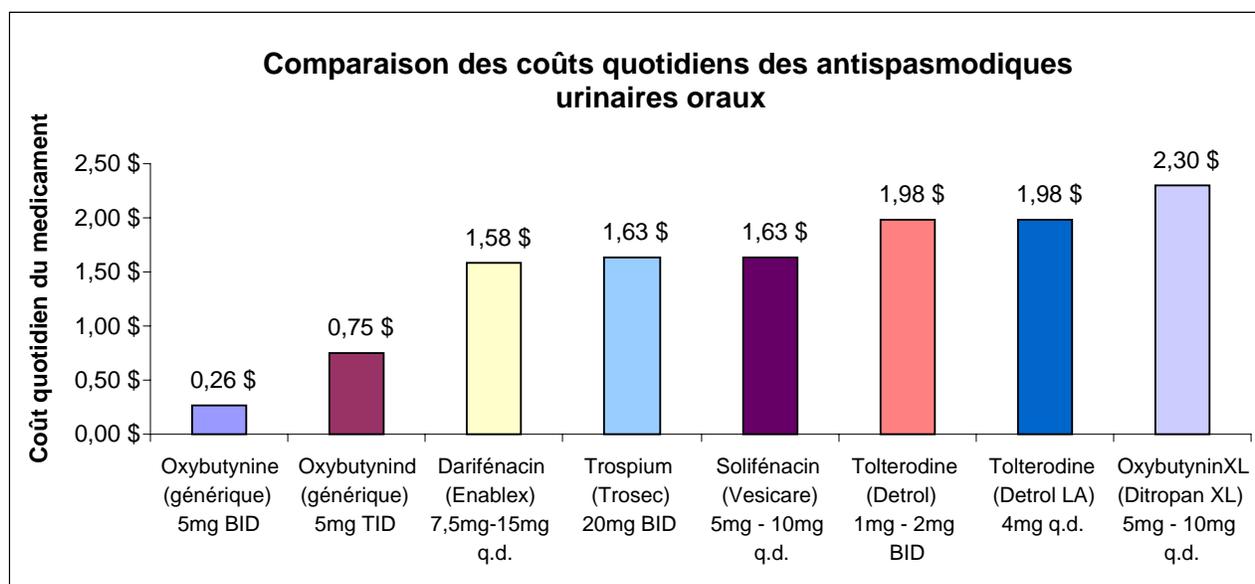
Processus révisé :

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)

Lévofoxacine (*Levaquin*[®] et génériques)

Comprimés de 250 mg et
500 mg

Moxifloxacin (*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 lévofoxacine et la moxifloxacin 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