

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

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

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

Section 1 – Renseignements sur le demandeur

Prénom	
Nom de famille	
Adresse postale (rue, ville, province et code postal)	
Téléphone	Télécopieur

Section 2 – Renseignements sur le patient

Prénom								
Nom de famille								
Numéro d'assurance-maladie <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)								

Section 3 – Médicament demandé

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

Section 4 – Renseignements thérapeutiques

Résultat positif au dépistage de la COVID-19 et les symptômes ont commencé au cours des 5 derniers jours;

OU

Une ordonnance a été rédigée pour une utilisation ultérieure. Le patient n'exécutera l'ordonnance **que s'il** a reçu un résultat positif au dépistage de la COVID-19 et que les symptômes ont commencé au cours des 5 derniers jours;

ET est âgé de 18 ans ou plus et répond à l'un des critères cliniques suivants (en choisir un) :

Critères cliniques	Code d'intervention
Immunosuppression sévère liée à une ou plusieurs des situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Greffe d'un organe solide <input type="checkbox"/> Traitement en cours pour une affection hématologique maligne <input type="checkbox"/> Greffe de moelle osseuse, greffe de cellules souches ou utilisation d'immunosuppresseurs à la suite d'une greffe <input type="checkbox"/> Traitement anti-CD20 ou traitement entraînant une déplétion en lymphocytes B (comme le rituximab) au cours des deux dernières années <input type="checkbox"/> Immunodéficiences primaires sévères <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____ 	UT
Immunosuppression modérée liée à une ou plusieurs des situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Traitement contre le cancer en cours, y compris en cas de tumeurs solides <input type="checkbox"/> Traitement par des médicaments causant une immunosuppression importante (p. ex., médicament biologique au cours des trois derniers mois, médicament immunosuppresseur oral au cours du dernier mois, glucocorticoïde oral [20 mg par jour d'équivalent prednisone pris de façon continue] au cours du dernier mois, ou perfusion ou injection d'un médicament immunosuppresseur au cours des trois derniers mois). <input type="checkbox"/> Infection au VIH avancée <input type="checkbox"/> Immunodéficiences primaires modérées <input type="checkbox"/> Affections rénales (c.-à-d., hémodialyse, dialyse péritonéale, glomérulonéphrite traitée par un glucocorticoïde, taux de filtration glomérulaire estimé [eGFR] inférieur à 15 mL/min/1,73 m²) <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____ 	VE

Section 5 - Signature du demandeur

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