

Strictement confidentiel
Formulaire d'Autorisation Préalable
Pour les Démence de type Alzheimer

Veillez envoyer le formulaire par télécopieur au 1-902-481-7114
ou par la poste à l'adresse suivante : MHCSI, 201 Brownlow Avenue, Unit 20
Dartmouth (Nouvelle-Écosse) B3B 1W2

Le présent formulaire doit être rempli **AU COMPLET** et présenté à MHCSI aux fins de l'autorisation de la couverture des médicaments indiqués pour la prise en charge de la démence de type Alzheimer.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____
(EN MAJUSCULES)

ADRESSE : _____ (RUE/BOÎTE POSTALE) _____ (VILLE)

(PROVINCE) (CODE POSTAL)

NUMÉRO DE CARTE MHCSI : _____ / _____
(NUMÉRO DE GROUPE) (NUMÉRO DE CERTIFICAT OU DE CLIENT)

J'autorise par la présente mon médecin, mon infirmier praticien et/ou mon pharmacien à fournir en mon nom l'information qui doit être fournie sur le présent formulaire pour la demande de remboursement des médicaments destinés au traitement de la démence de type Alzheimer par mon régime d'assurance médicaments.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

CRITÈRES DE COUVERTURE

INHIBITEURS DE LA CHOLINESTÉRISE

Les patients sont admissibles au remboursement des médicaments approuvés s'ils satisfont aux critères suivants :

1. Un médecin formé au traitement de la démence et à la thérapeutique par l'inhibiteur de la cholinestérase (IchE) a diagnostiqué chez le patient une probable maladie d'Alzheimer (MA) ou une possible MA à composante vasculaire, à corps de Lewy ou d'un autre type (à préciser).
2. Le score obtenu au mini-examen de l'état mental (MMSE) est compris entre 10 et 30.
3. Le score obtenu sur l'échelle d'évaluation des stades de fonctionnement (FAST) est de 4 ou 5.
4. La présence de trois symptômes cibles, choisis dans n'importe lesquels des quatre domaines, a été établie.*

* Voici des exemples de symptômes cibles dans chacun des quatre domaines :

- **Fonctions cognitives** : le patient peut éprouver de la difficulté à suivre une conversation, à trouver ses mots, à suivre des instructions, à utiliser une télécommande, à composer un numéro de téléphone familial, à se souvenir de noms de famille, à s'orienter dans des lieux familiers, etc.
- **Comportement** : le patient peut être irritable plus d'une fois par jour, avoir du mal à rester en place (il fait les cent pas, est agité, fait des activités à répétition), éprouver des difficultés à participer aux conversations quotidiennes, avoir des convictions délirantes, une mémoire qui flanche, un rythme de sommeil irrégulier, etc.
- **Fonctionnement** : le patient peut éprouver de la difficulté à faire ses propres opérations bancaires (à un guichet automatique ou autrement), à faire la cuisine, à faire sa toilette, à s'habiller et à se laver seul, à faire de petits travaux ménagers (OU à se consacrer à toute activité instrumentale de la vie quotidienne (IADL)), etc.
- **Loisirs/vie sociale** : le patient peut éprouver de la difficulté à participer à des loisirs (parties de cartes par exemple), à des activités sociales et de groupe (il peut par exemple se cacher dans un coin), à lire un roman, à faire du jardinage, à regarder la télévision, à marcher seul, etc.

Page suivante

MÉMANTINE (EBIXA ET MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES)

Les patients sont admissibles au remboursement de la mémantine s'ils satisfont aux critères suivants :

1. Monothérapie de choix pour les patients qui viennent de recevoir un diagnostic de maladie d'Alzheimer (qui n'ont pas suivi d'autres traitements) d'intensité modérément sévère (score de 10 à 14 au MMSE) ou qui ont cessé un traitement à un inhibiteur de la cholinestérase (IchE) en raison de son manque d'efficacité ou d'une intolérance.
2. Traitement de choix des patients atteints de la maladie d'Alzheimer d'intensité grave (score inférieur ou égal à 10 au MMSE).
3. Traitement complémentaire des patients atteints de la maladie d'Alzheimer d'intensité modérément grave (score de 10 à 14 au MMSE) à grave (score inférieur ou égal à 10 au MMSE) dont l'état est stabilisé par le donépézil ou d'autres inhibiteurs de la cholinestérase.

CONDITIONS D'APPROBATION

L'**autorisation initiale** pour un premier essai de la thérapeutique sera accordée pour un an.

Les **renouvellements et les approbations suivantes** pour les patients qui prennent actuellement des **IchE** seront acceptés pour un an si un médecin atteste sur un formulaire de demande un score de 10 à 30 au MMSE, un score de 4 à 5 au FAST et la stabilisation ou l'amélioration d'au moins un des symptômes cibles.

Pour les patients qui prennent de la **mémantine**, une approbation sera accordée pour un an si un médecin atteste sur un formulaire de demande la stabilisation ou l'amélioration d'au moins un des symptômes cibles ainsi que tout autre renseignement clinique pertinent. **Pour les patients qui prennent de la mémantine en complément d'un inhibiteur de la cholinestérase (IchE)**, une approbation sera accordée pour un an si un médecin remplit un formulaire de demande comme dans le cas du renouvellement de la **mémantine**.

La **couverture d'un second IchE** sera accordée si un médecin atteste sur un formulaire de demande de remboursement de médicaments non inscrits que le patient n'a pris jusqu'alors qu'au plus un IchE et indique la raison de l'abandon du premier IchE et toute évolution des symptômes cibles. La couverture du deuxième IchE est accordée de la même manière que pour le premier.

À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN, L'INFIRMIER PRATICIEN ou LE PHARMACIEN EN CONSULTATION AVEC LE MÉDECIN OU L'INFIRMIER PRATICIEN

*Cher docteur/infirmier praticien/pharmacien : Nous vous saurions gré de fournir les informations sur l'état de santé du patient susmentionné et ses antécédents de traitement qui sont exigées par le commanditaire du régime d'assurance médicaments aux fins de l'approbation des réclamations pour les médicaments destinés au traitement de la démence de type Alzheimer. Veuillez remplir **AU COMPLET** les sections suivantes du présent formulaire. Les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge du patient.*

Médicament demandé – un médicament générique peut être utilisé, le cas échéant		
Nom du médicament	Dosage	DIN
Aricept (donépézil)	<input type="checkbox"/> 5 mg <input type="checkbox"/> 10 mg	<input type="checkbox"/> 02232043 <input type="checkbox"/> 02232044
Ebixa (mémantine)	<input type="checkbox"/> 10 mg	<input type="checkbox"/> 02260638
Exelon (rivastigmine) Timbre Exelon (rivastigmine)	<input type="checkbox"/> 1,5 mg <input type="checkbox"/> 3 mg <input type="checkbox"/> 4,5 mg <input type="checkbox"/> 6 mg <input type="checkbox"/> 2 mg/ml solution <input type="checkbox"/> 5 (4,6 mg/24 h) <input type="checkbox"/> 10 (9,5 mg/25 h)	<input type="checkbox"/> 02242115 <input type="checkbox"/> 02242116 <input type="checkbox"/> 02242117 <input type="checkbox"/> 02242118 <input type="checkbox"/> 02245240 <input type="checkbox"/> 02302845 <input type="checkbox"/> 02302853
Reminyl ER (galantamine)	<input type="checkbox"/> 8 mg <input type="checkbox"/> 16 mg <input type="checkbox"/> 24 mg	<input type="checkbox"/> 02266717 <input type="checkbox"/> 02266725 <input type="checkbox"/> 02266733
Médicament générique – Nom et dosage <input type="checkbox"/>		DIN <input type="checkbox"/>

Page suivante

SCHEMA THERAPEUTIQUE			
<input type="checkbox"/> première utilisation	<input type="checkbox"/> poursuite du traitement	<input type="checkbox"/> changement de thérapeutique	<input type="checkbox"/> en complément à la mémantine
S'il s'agit d'un changement de thérapeutique, veuillez indiquer le ou les médicaments essayés auparavant et la raison de l'abandon du traitement :			
Pour la mémantine – Veuillez confirmer l'indication pour laquelle ce(s) médicament(s) est/sont demandé(s) :			
<input type="checkbox"/> Traitement de choix des patients atteints de la maladie d'Alzheimer d'intensité modérément grave (score de 10 à 14 au MMSE) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nouveau diagnostic (aucun traitement antérieur), <input type="checkbox"/> cessation d'un traitement avec un IchE en raison d'un manque d'efficacité ou d'une intolérance. <input type="checkbox"/> Traitement de choix des patients atteints de la maladie d'Alzheimer d'intensité grave (score inférieur ou égal à 10 au MMSE). <input type="checkbox"/> Traitement complémentaire des patients atteints de la maladie d'Alzheimer d'intensité modérément grave (score de 10 à 14 au MMSE) à grave (score inférieur ou égal à 10 au MMSE) dont l'état est stabilisé par le donépézil ou d'autres inhibiteurs de la cholinestérase.			
SUIVI			
Score récent au MMSE _____		Date de l'examen _____	
Score récent au FAST _____		Date de l'examen _____	
Note : Les scores au MMSE et au FAST doivent être fournis lors de la première demande, puis une fois par an par la suite et de nouveau en cas de changement de thérapeutique.			

Décrire TROIS symptômes cibles tirés de n'importe lesquels des quatre domaines et dont la présence est établie*. S'il s'agit d'une demande de renouvellement, indiquer s'il y a eu stabilisation (S) ou amélioration (A) et décrire celle-ci. S'il s'agit d'une demande de changement de thérapeutique, décrire les changements des symptômes cibles.

(S) __ (A) __ Fonctions cognitives :

(S) __ (A) __ Comportement :

(S) __ (A) __ Fonctionnement :

(S) __ (A) __ Loisirs/vie sociale :

Autres informations à l'appui (ADAS-cog, CIBIC-plus, MOCHA, etc.) :

Nom et signature du médecin / infirmier praticien :		Téléphone :	Date :
Nom et signature du pharmacien :		Code de pharmacie, emplacement, téléphone :	Date :
À USAGE INTERNE SEULEMENT			
Décision <input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé	Date	Quantité	
	Approuvé par	ou date de fin	
Prolongation possible		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non