Santé Canada Health Canada

automne-hiver 2011

Services de santé non assurés

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Mises à jour de la liste des médicaments

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) fournit aux membres des Premières nations inscrits et aux Inuits reconnus au Canada des services de santé supplémentaires, dont des médicaments d'ordonnance et des médicaments en vente libre. Visitez notre site Web à: www.santecanada.gc.ca/ssna

DÉFINITION DES SERVICES

Médicaments couverts sans restricion: Les médicaments couverts sans restriction sont ceux qui figurent à la Liste des médicaments du Programme des SSNA et pour lesquels il n'existe aucun critère d'admissibilité ou obligation d'autorisation préalable.

Médicaments d'usage restreint: Les médicaments à usage restreint sont jugés utiles dans certaines circonstances, ou encore font l'objet de restrictions ayant trait à la quantité ou à la fréquence d'administration. Ces médicaments ne sont couverts que si leur utilisation répond à des critères d'admissibilité précis.

Médicaments non ajoutés à la Liste: Les médicaments non inscrits au formulaire sont des médicaments qui ne sont pas inscrits à la Liste des médicaments du Programme des SSNA après un examen du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCÉM) et/ou du Comité de pharmacie et de thérapeutique (PT). Ces médicaments ne sont pas couverts par le Programme des SSNA parce que les données probantes publiées ne démontrent pas leurs valeurs cliniques ou la validité de leurs coûts comparés à d'autres traitements. Une couverture peut être considérée dans des circonstances spéciales après avoir reçu du practicien autorisé un "Formulaire de demande d'exception" complété. Les demandes sont étudiées en fonction de chaque cas.

Exclusions: Certains médicaments utilisés dans le traitement d'affections particulières ne sont pas considérés comme étant du ressort du Programme des SSNA et, en conséquence, ne sont pas couverts (par exemple, les cosmétiques et les agents anti-obésité). De même, certains médicaments sont exclus du Programme des SSNA, conformément aux recommandations du PCÉM ou du CPT, parce que les données probantes publiées ne démontrent pas leurs valeurs cliniques, innocuité ou la validité de leurs coûts comparés à d'autres traitements ou encore parce que les données probantes sont insuffisantes pour justifier une couverture. Note: Le processus d'appel et la politique d'approvisionnement d'urgence ne s'applique pas aux médicaments exclus.

AJOUTS À LA LISTE DES MÉDICAMENTS

MÉDICAMENTS COUVERTS SANS RESTRICTION

Médicaments provenant d'une seule compagnie

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
09857178	ROC	ACCU-CHEK AVIVA BANDE (ON)	01-09-2011
09857293	BAY	ASCENSIA BREEZE 2 BATONNET (ON)	01-09-2011
09857297	ABB	FREESTYLE LITE (ON)	20-09-2011
09857348	AUC	ITEST (ON)	28-09-2011
09857313	NCA	NOVA MAX	20-09-2011
09857283	AUC	TRUETRACK (ON)	20-09-2011

NIM (Numéro d'identification de médicament)
FAB (Code de trois lettres servant à identifier le fabricant)
ST (Médicament de la politique des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme)

Canada

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
02352664	PFI	FRAGMIN 12,500IU/0.5ML SERINGUE	15-06-2011
02352672	PFI	FRAGMIN 15,000IU/0.6ML SERINGUE	17-06-2011
02352680	PFI	FRAGMIN 18,000IU/0.72ML SERINGE	13-06-2011
02325462	NOO	VAGIFEM LD 10MCG VAGINAL COMPRIMÉ	25-10-2011
02333619	NOO	GLUCAGEN 1MG/VIAL INJECTION	21-07-2011
02333627	NOO	GLUCAGEN HYPOKIT 1MG/ML INJECTION	21-07-2011
80021088	SPL	CORTATE CRÈME 0.5%	17-10-2011
80021087	SPL	CORTATE LOTION 0.5%	17-10-2011
80021085	SPL	CORTATE ONGUENT 0.5%	17-10-2011
02250624	FRS	LACRISERT	10-10-2011
99100157	AUT	LACTEEZE DROPS	21-07-2011
97799945	ROC	SOFTCLIX LANCETTES	01-11-2011
02366282	PDL	ST LANSOPRAZOLE 30MG CAPSULE	07-11-2011
02364905	CBT	NEXT CHOICE	21-07-2011
80020794	PFI	ST CENTRUM JUNIOR COMPLETE COMPRIMÉ	14-09-2011
02267233	NCC	ST TECTA 40MG COMPRIMÉ	06-07-2011
02357593	ABB	NORVIR 100MG COMPRIMÉ	06-07-2011
00614246	WHR	COMPOUND W GEL 170MG/ML	24-06-2011
80024901	SDZ	SALINEX DROPS	01-11-2011
80024381	SDZ	SALINEX SPRAY NASAL	07-09-2011
02358174	LEO	INNOHEP 14000 UNITÉ	04-11-2011
02358182	LEO	INNOHEP 18000 UNITÉ	04-11-2011
02358158	LEO	INNOHEP 3500 UNITÉ	04-11-2011
02358166	LEO	INNOHEP 4500 INJECTION	04-11-2011

Médicaments provenant de plusieurs compagnies

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
02243801	PMS	ST EQUATE DAILY LOW-DOSE 81MG ECT	03-08-2011
02364336	SAN	ST AMIODARONE 200MG COMPRIMÉ	31-08-2011
02357208	JAP	ST JAMP-AMLODIPINE 10MG COMPRIMÉ	26-10-2011
02357194	JAP	ST JAMP-AMLODIPINE 5MG COMPRIMÉ	26-10-2011
02371723	MAR	ST MAR-AMLODIPINE 10MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02371707	MAR	ST MAR-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02371715	MAR	ST MAR-AMLODIPINE 5MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02362791	PFI	ST GD-AMLODIPINE/ATORVAST 10/10MG	26-10-2011
02362805	PFI	ST GD-AMLODIPINE/ATORVAST 10/20MG	25-10-2011
02362813	PFI	ST GD-AMLODIPINE/ATORVAST 10/40MG	26-10-2011
02362821	PFI	ST GD-AMLODIPINE/ATORVAST 10/80MG	26-10-2011
02362759	PFI	ST GD-AMLODIPINE/ATORVAST 5/10MG	26-10-2011
02362767	PFI	ST GD-AMLODIPINE/ATORVAST 5/20MG	26-10-2011
02362775	PFI	ST GD-AMLODIPINE/ATORVAST 5/40MG	26-10-2011
02362783	PFI	ST GD-AMLODIPINE/ATORVAST 5/80MG	26-10-2011
02371995	MAR	ST MAR-ATENOLOL 100MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02371979	MAR	ST MAR-ATENOLOL 25MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02371987	MAR	ST MAR-ATENOLOL 50MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02368048	MIN	ST MINT-ATENOLOL 100MG COMPRIMÉ	21-07-2011
02368013	MIN	ST MINT-ATENOLOL 25MG COMPRIMÉ	21-07-2011
02368021	MIN	ST MINT-ATENOLOL 50MG COMPRIMÉ	21-07-2011
02331616	PDL	BUPROPION SR 100MG COMPRIMÉ	01-07-2011
02275082	SDZ	SANDOZ-BUPROPION SR 150MG COMPRIMÉ	01-07-2011
80013329	MAN	ST M-CAL D COMPRIMÉ	07-11-2011
80004968	TRI	ST CALCIUM D 500 COMPRIMÉ	01-09-2011

NIM (Numéro d'identification de médicament)
FAB (Code de trois lettres servant à identifier le fabricant)
ST (Médicament de la politique des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme)

Canada

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
80019536	MAN	ST M-CAL D 1000 COMPRIMÉ	07-11-2011
80009412	MAN	ST M-CAL D 400 CROQUABLE	07-11-2011
80019533	MAN	ST M-CAL D 800 COMPRIMÉ	07-11-2011
02364948	SAN	ST CARVEDILOL 12.5MG COMPRIMÉ	31-08-2011
02364956	SAN	ST CARVEDILOL 25MG COMPRIMÉ	31-08-2011
02364913	SAN	ST CARVEDILOL 3.125MG COMPRIMÉ	31-08-2011
02364921	SAN	ST CARVEDILOL 6.25MG COMPRIMÉ	31-08-2011
02371871	MAR	MAR-CITALOPRAM 10MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02371898	MAR	MAR-CITALOPRAM 20MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02371901	MAR	MAR-CITALOPRAM 40MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02370077	MIN	MINT-CITALOPRAM 10MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02361299	SAN	ST CLONIDINE 0.025MG COMPRIMÉ	31-08-2011
02361302	SAN	ST CLONIDINE 0.1MG COMPRIMÉ	31-08-2011
02361310	SAN	ST CLONIDINE 0.2MG COMPRIMÉ	31-08-2011
02285843	PFI	GD-GABAPENTIN 600MG COMPRIMÉ	02-08-2011
02360594	SAN	ST HYDROCHLOROTHIAZIDE 25MG COMPRIMÉ	31-08-2011
02360608	SAN	ST HYDROCHLOROTHIAZIDE 50MG COMPRIMÉ	31-08-2011
02365200	PDL	ST IRBESARTAN 150MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02365219	PDL	ST IRBESARTAN 300MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02365197	PDL	ST IRBESARTAN 75MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02365162	PDL	ST IRBESARTAN-HCTZ 150/12.5MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02365170	PDL	ST IRBESARTAN-HCTZ 300/12.5MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02365189	PDL	ST IRBESARTAN-HCTZ 300/25MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02296527	APX	APO-LATANOPROST 50MCG/ML SOLUTION OPHTHALMIQ	13-10-2011
02373424	MAR	MAR-LETROZOLE 2.5MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02372169	MYL	MYL-LETROZOLE 2.5MG COMPRIMÉ	13-10-2011
02362945	SAN	ST LISINOPRIL/HCTZ (Z) 10/12.5MG	31-08-2011
02362953	SAN	ST LISINOPRIL/HCTZ (Z) 20/12.5MG	31-08-2011
02362961	SAN	ST LISINOPRIL/HCTZ (Z) 20/25MG	31-08-2011
02299801	AUR	AURO-MIRTAZAPINE OD 15MG COMPRIMÉ	29-07-2011
02299828	AUR	AURO-MIRTAZAPINE OD 30MG COMPRIMÉ	28-07-2011
02299836	AUR	AURO-MIRTAZAPINE OD 45MG COMPRIMÉ	29-07-2011
02367157	TAR	TARO-MOMETASONE 0.1% CR	21-07-2011
02318601	AUR	AURO-NEVIRAPINE 200MG COMPRIMÉ	21-07-2011
02337908	MYL	MYLAN-OLANZAPINE 10MG COMPRIMÉ	21-07-2011
02337916	MYL	MYLAN-OLANZAPINE 15MG COMPRIMÉ	21-07-2011
02337878	MYL	MYLAN-OLANZAPINE 2.5MG COMPRIMÉ	21-07-2011
02337886	MYL	MYLAN-OLANZAPINE 5MG COMPRIMÉ	21-07-2011
02337894	MYL	MYLAN-OLANZAPINE 7.5MG COMPRIMÉ	21-07-2011
02371731	MAR	MAR-ONDANSETRON 4MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02361361	SAN	OXYCODONE/ACET 5/325MG COMPRIMÉ	06-09-2011
02367378	MYL	ST MYL-RANITIDINE 150MG COMPRIMÉ	13-06-2011
02367378	MYL	ST MYL-RANITIDINE 150MG COMPRIMÉ	04-07-2011
02367386	MYL	ST MYL-RANITIDINE 300MG COMPRIMÉ	04-07-2011
02357453	SDZ	ST SANDOZ REPAGLINIDE 0.5MG COMPRIMÉ	21-07-2011
02357461	SDZ	ST SANDOZ REPAGLINIDE 1MG COMPRIMÉ	21-07-2011
02357488	PFI	ST SANDOZ REPAGLINIDE 2MG COMPRIMÉ	21-07-2011
02371766	MAR	MAR-RISPERIDONE 0.25MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02371774	MAR	MAR-RISPERIDONE 0.5MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02371782	MAR	MAR-RISPERIDONE 1MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02371790	MAR	MAR-RISPERIDONE 2MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02371804	MAR	MAR-RISPERIDONE 3MG COMPRIMÉ	07-11-2011

NIM (Numéro d'identification de médicament)
FAB (Code de trois lettres servant à identifier le fabricant)
ST (Médicament de la politique des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme)

Canada

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
02371812	MAR	MAR-RISPERIDONE 4MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02291789	PMS	PMS-RISPERIDONE ODT 1MG RD COMPRIMÉ	21-07-2011
02291797	PMS	PMS-RISPERIDONE ODT 2MG RD COMPRIMÉ	21-07-2011
02361698	SUN	SUMATRIPTAN SUN 6MG/0.5ML INJECTION	14-06-2011
02362406	APX	ST APO-TAMSULOSIN CR 0.4MG COMPRIMÉ	13-10-2011
02371537	APX	ST APO-VALSARTAN 160MG COMPRIMÉ	13-10-2011
02371545	APX	ST APO-VALSARTAN 320MG COMPRIMÉ	13-10-2011
02371510	APX	ST APO-VALSARTAN 40MG COMPRIMÉ	13-10-2011
02371529	APX	ST APO-VALSARTAN 80MG COMPRIMÉ	13-10-2011
02337509	CBT	ST CO VALSARTAN 160MG COMPRIMÉ	14-06-2011
02337517	CBT	ST CO VALSARTAN 320MG COMPRIMÉ	14-06-2011
02337487	CBT	ST CO VALSARTAN 40MG COMPRIMÉ	14-06-2011
02337495	CBT	ST CO VALSARTAN 80MG COMPRIMÉ	14-06-2011
02367742	PDL	ST VALSARTAN 160MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02367750	PDL	ST VALSARTAN 320MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02367726	PDL	ST VALSARTAN 40MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02367734	PDL	ST VALSARTAN 80MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02367777	PDL	ST VALSARTAN-HCTZ 160/12.5MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02367785	PDL	ST VALSARTAN-HCTZ 160/25MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02367769	PDL	ST VALSARTAN-HCTZ 80/12.5MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02339269	PDL	VENLAFAXINE XR 150MG CAPSULE	31-08-2011
02339242	PDL	VENLAFAXINE XR 37.5MG CAPSULE	31-08-2011
02339250	PDL	VENLAFAXINE XR 75MG CAPSULE	31-08-2011
80009580	SWS	ST VITAMINE D 1000IU COMPRIMÉ	28-09-2011
80002452	WNP	ST VITAMIN D 400IU COMPRIMÉ	29-09-2011
80009578	SWS	ST VITAMINE D 400IU COMPRIMÉ	30-09-2011
00122831	JAM	ST VITAMIN E CAP 200IU SOURCE NATUREL	27-06-2011
02369036	MYL	MYLAN ZOLMITRIPTAN 2.5MG COMPRIMÉ	21-07-2011
02324229	PMS	PMS-ZOLMITRIPTAN 2.5MG COMPRIMÉ	15-06-2011
02324768	PMS	PMS-ZOLMITRIPTAN ODT 2.5MG	22-06-2011
02362988	SDZ	SANDOZ ZOLMITRIPTAN 2.5MG COMPRIMÉ	15-06-2011
02362996	SDZ	SANDOZ ZOLMITRIPTAN ODT 2.5MG	15-06-2011
02313960	TEP	TEVA-ZOLMITRIPTAN 2.5MG COMPRIMÉ	15-06-2011
02342545	TEP	TEVA-ZOLMITRIPTAN OD 2.5MG	15-06-2011

NOUVEAUX MÉDICAMENTS D'USAGE RESTREINT

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
02331667	AST	ADVAGRAF 3MG ER CAPSULE	07-11-2011

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).
Pour le traitement des greffés.

02357984	MYL	ST MYLAN-RISEDRONATE 35MG COMPRIMÉ	13-10-2011

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).
- Patient avec la maladie osseuse de Paget; OU
- Patient avec ostéoporose de 60 ans et plus; OU
- Patient avec ostéoporose de moins de 60 ans présentant une fracture établie à la hanche ou à la colonne vertébrale ou d'autres fractures; OU
- Patient avec ostéoporose ne présentant pas de signe de fracture, mais exposés à un risque élevé (> 20 %) de fracture sur 10 ans (veuillez indiquer le score T ci-dessous); OU
-Patient avec ostéoporose, de moins de 60 ans qui a reçu ou recevra un traitement de prednisone 7.5 mg par jour ou l'équivalent pour une période de 3 mois. L'autorisation sera pour un période de 1 an.

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
02358921	PMS	PMS-RALOXIFENE 60MG COMPRIMÉ	13-10-2011

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).
a. La prévention secondaire de l'ostéoporose chez les femmes qui n'ont pas obtenu le résultat escompté avec les biphosphonates; OU
b. La prévention secondaire de l'ostéoporose chez les femmes qui ont eu des antécédents de cancer du sein ou dont une parente au premier degré a souffert d'un cancer du sein.

02328593	SDZ	SANDOZ MONTELUKAST 10MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02330385	TEP	SANDOZ-MONTELUKAST 4MG CROQUABLE	07-11-2011
02330393	TEP	SANDOZ-MONTELUKAST 5MG CROQUABLE	07-11-2011
02354977	PMS	PMS-MONTELUKAST 4MG CROQUABLE	07-11-2011
02354985	PMS	PMS-MONTELUKAST 5MG CROQUABLE	07-11-2011
02355507	TEP	TEVA-MONTELUKAST 4MG CROQUABLE	07-11-2011
02355515	TEP	TEVA MONTELUKAST 5MG CROQUABLE	07-11-2011
02355523	TEP	TEVA MONTELUKAST 10MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02358611	SDZ	SANDOZ MONTELUKAST GRANULES	07-11-2011
02368226	MYL	MYLAN-MONTELUKAST 10MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02373947	PMS	PMS-MONTELUKAST FC 10MG COMPRIMÉ	07-11-2011
02374609	APX	APO-MONTELUKAST 10MG COMPRIMÉ	07-11-2011

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).
Pour le traitement:
a. De l'asthme en association avec une thérapie de corticostéroides; OU
b. Chez les patients asthmatiques qui ne sont pas bien contrôlés avec les corticostéroides en inhalation ou qui ne peuvent les tolérer.

02359502	PFR	HYDROMORPH CONTIN 4.5MG CAPSULE	06-07-2011
02359510	PFR	HYDROMORPH CONTIN 9MG CAPSULE	06-07-2011

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).
Pour le traitement de la douleur chronique allant de modérée à sévère lorsque les autres opioïdes comme la morphine n'ont pas réussi à contrôler la douleur ou lorsque les patients ont ressenti des effets indésirables intolérables.

02365383	APX	ST APO-FINASTERIDE 5MG COMPRIMÉ	21-07-2011

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).
a. Pour le traitement de l'hyperplasie prostatique bénigne chez les patients qui ne tolèrent pas ou n'ont pas répondu à un alpha-bloquant; OU
b. En utilisation combinée quand une monothérapie avec un alpha-bloquant est jugée insatisfaisante.

02357380	TAK	ULORIC 80MG COMPRIMÉ	24-08-2011

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)
Pour les patients atteints de goutte symptomatique qui présentent une hypersensibilité documentée à l'allopurinol

02343541	AMG	PROLIA 60MG/ML PRÉREMPLIE SERINGUE	18-10-2011
02343568	AMG	PROLIA 60MG/ML FIOLE	18-10-2011

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).
Pour les femmes atteintes d'ostéoporose postménopausique qui seraient admissibles à la couverture des bisphosphonates oraux, mais pour qui :
- les bisphosphonates sont contre-indiqués en raison d'une hypersensibilité ou d'anomalies de l'œsophage (p. ex. Sténose oesophagial ou achélasie ou cardiospasme); ET
Qui répondent à au moins deux des critères suivants :
- plus de 70 ans
- antécédent de fracture de fragilité
- densité minérale osseuse (DMO) : score T ≤ -2,5

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE	Date d'entrée en vigueur
02322374	BMS	ABILIFY 2MG COMPRIMÉ	29-07-2011
02322382	BMS	ABILIFY 5MG COMPRIMÉ	29-07-2011
02322390	BMS	ABILIFY 10MG COMPRIMÉ	29-07-2011
02322404	BMS	ABILIFY 15MG COMPRIMÉ	29-07-2011
02322412	BMS	ABILIFY 20MG COMPRIMÉ	29-07-2011
02322455	BMS	ABILIFY 30MG COMPRIMÉ	29-07-2011

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).
Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles schizo-affectifs chez les patients
a. Qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu à un essai adéquat d'un autre antipsychotique; OU
b. Pour lesquels un autre antipsychotique est contre-indiqué

MÉDICAMENTS NON INSCRITS AU FORMULAIRE

Les médicaments suivants ne seront pas inscrits à la Liste des médicaments du Programme des SSNA:

NIM	FAB	NOM DE L'ARTICLE
02370417	WAC	ACTONEL DR 35MG COMPRIMÉ
02359456	NCC	DAXAS 500MCG COMPRIMÉ
02355655	ALL	RESTASIS 0.05% SOLUTION OPHTHALMIQUE
02245911	NUR	VITALUX

CHANGEMENT DE CRITÈRES

LIMITE D'APPROVISIONNEMENT DE TRENTE (30) JOURS POUR LES TIMBRES TRANSDERMIQUES DE FENTANYL, POUR L'HYDROMORPHONE À LIBÉRATION CONTRÔLÉE ET LA CODÉINE À LIBÉRATION CONTRÔLÉE

Depuis le 1er novembre 2011, le Programme des SSNA a établi une limite de jours d'approvisionnement pour les timbres transdermiques de fentanyl, l'hydromorphone à libération contrôlée et pour la codéine à libération contrôlée. Le nombre maximal de jours d'approvisionnement des médicaments énumérés ci-dessous a été fixé à 30 jours.

Timbre cutané de 12 µg/h
02341379 PMS-FENTANYL MTX PMS
02330105 RAN-FENTANYL MATRIX PATCH 12 RBY
02311925 RATIO-FENTANYL RPH
02327112 SANDOZ FENTANYL SDZ

Timbre cutané de 25 µg/h
02275813 DURAGESIC MAT JNO
02314630 NOVO-FENTANYL NOP
02341387 PMS-FENTANYL MTX PMS
02249391 RAN-FENTANYL RBY
02330113 RAN-FENTANYL MATRIX RBY
02282941 RATIO-FENTANYL RPH
02327120 SANDOZ FENTANYL SDZ

Timbre cutané de 50 µg/h
02275821 DURAGESIC MAT JNO
02314649 NOVO-FENTANYL NOP
02341395 PMS-FENTANYL MTX PMS
02249413 RAN-FENTANYL RBY
02330121 RATIO-FENTANYL RPH
02282968 RATIO-FENTANYL RPH
02327147 SANDOZ FENTANYL SDZ

Timbre cutané de 75 µg/h
02275848 DURAGESIC MAT JNO
02314657 NOVO-FENTANYL NOP
02341409 PMS-FENTANYL MTX PMS
02249421 RAN-FENTANYL RBY
02330148 RAN-FENTANYL MATRIX RBY
02282976 RATIO-FENTANYL RPH
02327155 SANDOZ FENTANYL SDZ

Timbre cutané de 100 µg/h
02275856 DURAGESIC MAT JNO
02314665 NOVO-FENTANYL NOP
02341417 PMS-FENTANYL MTX PMS
02249448 RAN-FENTANYL RBY
02330156 RAN-FENTANYL MATRIX RBY
02282984 RATIO-FENTANYL RPH
02327163 SANDOZ FENTANYL TRANSDERMAL SYSTEM SDZ

Comprimé à libération contrôlée de 50 mg
02230302 CODEINE CONTIN CR PFR

Comprimé à libération contrôlée de 100 mg
02163748 CODEINE CONTIN CR PFR

Comprimé à libération contrôlée de 150 mg
02163780 CODEINE CONTIN CR PFR

Comprimé à libération contrôlée de 200 mg
02163799 CODEINE CONTIN CR PFR

Capsule à libération contrôlée de 3 mg
02125323 HYDROMORPH CONTIN PFR

Capsule à libération contrôlée de 6 mg
02125331 HYDROMORPH CONTIN PFR

Capsule à libération contrôlée de 12 mg
02125366 HYDROMORPH CONTIN PFR

Capsule à libération contrôlée de 18 mg
02243562 HYDROMORPH CONTIN PFR

Capsule à libération contrôlée de 24 mg
02125382 HYDROMORPH CONTIN PFR

Capsule à libération contrôlée de 30 mg
02125390 HYDROMORPH CONTIN PFR

COUVERTURE POUR SUBOXONE

À compter du 7 décember 2011, Suboxone figurera sur la Liste des médicaments du Programme des SSNA en tant que médicament à usage restreint conformément aux critères suivants :

Pour le traitement de la dépendance aux opioïdes chez les patients pour lesquels la méthadone est contre-indiquée :

- en raison d'un allongement démontré de l'intervalle QT ou d'un risque élevé d'allongement de l'intervalle QT ET
- lorsque le médicament est prescrit par un médecin qui possède de l'expérience avec le traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes OU qui a suivi un programme reconnu de formation sur Suboxone.

Les demandes de Suboxone qui ne remplissent pas les critères ci-dessus seront examinées individuellement. Les clients du Programme des SSNA pour lesquels Suboxone est couvert doivent accepter d'être assujettis à des restrictions qui préviennent l'usage de méthadone ou d'opioïdes et assure que les benzodiazépines et/ou les stimulants sont prescrits par un seul prescripteur.

NOUVEAUX CRITÈRES POUR LEVETIRACETAM

Le critère de médicaments à usage restreint pour levetiracetam a changé. Le nombre de médicaments anti-épileptiques devant être essayés a changé et est passé de trois à deux médicaments anti-épileptiques.

Le nouveau critère est:

- Pour administration en association avec d'autres médicaments antiépileptiques dans le traitement des convulsions partielles chez les patients réfractaires suivant l'essai adéquat de deux médicaments antiépileptiques utilisés soit en monothérapie ou en association. Ce produit doit être prescrit par un neurologue.

NOUVEAUX CRITÈRES POUR ALENDRONATE (FOSAMAX), ALENDRONATE + VITAMINE D (FOSAVANCE) ET RISEDRONATE (ACTONEL)

Le critère de médicaments à usage restreint pour fosamax, fosavance et risedronate a changé

Le nouveau critère est:

- Patient avec la maladie osseuse de Paget OU
- Patient avec ostéoporose de 60 ans et plus OU
- Patient avec ostéoporose de moins de 60 ans présentant une fracture établie à la hanche ou à la colonne vertébrale ou d'autres fractures OU
- Patient avec ostéoporose ne présentant pas de signe de fracture, mais exposés à un risque élevé (> 20 %) de fracture sur 10 ans OU
- Patient avec ostéoporose, de moins de 60 ans qui a reçu ou recevra un traitement de prednisone ≥7.5 mg par jour ou l'équivalent pour une période de ≥3 mois. L'autorisation sera pour une période de 1 an.