Santé Canada Health Canada

été 2015

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 ajoutés à la Liste 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 consultatif sur les médicaments et les thérapeutiques (CCMT). Ces médicaments ne sont pas couverts par le Programme 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 prescripteur 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 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 CCMT, 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.

Nota: 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

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
02429489	LEO	INNOHEP 16000IU/0.8ML INJECTION	19-03-2015
02429462	LEO	INNOHEP 8000IU/0.4ML INJECTION	19-03-2015
80045822	PFI	ST CENTRUM PRENATAL MULTIVITAMINS	04-05-2015
02417456	WAC	LOLO COMPRIMÉ	26-03-2015
02352699	PED	RHINARIS GEL NASALES	14-07-2015
01919466	PFI	ST CYTOMEL 25MCG COMPRIMÉ	27-05-2015
01919458	PFI	ST CYTOMEL 5MCG COMPRIMÉ	27-05-2015
80042704	PFI	ST CENTRUM PRENATAL DHA	04-05-2015

DIN (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

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
02424924	TEP	DIVIGEL 0.25MG TRANSDERMIQUE	06-05-2015
02426501	KEG	PREZCOBIX 150MG/800MG COMPRIMÉ	27-05-2015
02237514	BAY	CIPRO ORAL 10GM/100ML SUSPENSION	04-06-2015
02221810	VAE	LOPROX 1% LOTION	07-04-2015
02221802	VAE	LOPROX 1% CRÈME	07-04-2015

Médicaments provenant de plusieurs compagnies

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
02337452	HSI	DIAPER RASH CRÈME	20-07-2015
80055204	MAN	ST M-D 1000IU CAPSULE	15-04-2015
80055196	MAN	ST M-D 400IU CAPSULE	14-04-2015
80051562	RIV	ST RIVA-D 1000UI CAPSULE	09-03-2015
80043412	BMI	ST VITAMINE D 1000UI CAPSULE	19-03-2015
80056458	MAN	ST M-B6 25MG COMPRIMÉ	05-05-2015
80055741	MAN	ST M-B12 1000MCG COMPRIMÉ	09-07-2015
80055743	MAN	ST M-B12 250MCG COMPRIMÉ	09-07-2015
80054130	JAP	ST JAMP-VITAMIN A 10000IU CAPSULE	05-05-2015
02299313	DOM	DOM-VENLAFAXINE XR 150MG CAPSULE	09-03-2015
02299291	DOM	DOM-VENLAFAXINE XR 37.5MG CAPSULE	09-03-2015
02409097	PFI	GD-TRANEXAMIC ACID 500MG COMPRIMÉ	23-06-2015
02435357	ACP	ACCEL-TOPIRAMATE 200MG COMPRIMÉ	17-04-2015
02435330	ACP	ACCEL-TOPIRAMATE 25MG COMPRIMÉ	17-04-2015
80054205	MAN	ST M-B1 100MG COMPRIMÉ	08-04-2015
80054199	MAN	ST M-B1 50MG COMPRIMÉ	08-04-2015
02433214	PMS	ST TELMISARTAN-HCTZ 80/12.5MG COMPRIMÉ	02-06-2015
02433222	PMS	ST TELMISARTAN-HCTZ 80/25MG COMPRIMÉ	02-06-2015
02432897	PMS	ST TELMISARTAN 40MG COMPRIMÉ	18-03-2015
02432900	PMS	ST TELMISARTAN 80MG COMPRIMÉ	18-03-2015
80019511	BMI	ST BIO-SENNOSIDES 8.6MG COMPRIMÉ	19-03-2015
80054498	MAN	ST M SENNOSIDES 8.6MG COMPRIMÉ	14-04-2015
80055641	MAN	ST M-SENNOSIDES 12MG COMPRIMÉ	14-04-2015
02400359	ACP	ACCEL-QUETIAPINE 100MG COMPRIMÉ	14-04-2015
02400375	ACP	ACCEL-QUETIAPINE 200MG COMPRIMÉ	14-04-2015
02400340	ACP	ACCEL-QUETIAPINE 25MG COMPRIMÉ	14-04-2015
02400383	ACP	ACCEL-QUETIAPINE 300MG COMPRIMÉ	14-04-2015
80011428	MAN	ST M-K EFFERLYTE COMPRIMÉ	05-05-2015
80053887	PDL	ST PRO-K 20 COMPRIMÉ	09-03-2015
02417839	NPH	NAT-ONDANSETRON 4MG COMPRIMÉ	14-04-2015
02417847	NPH	NAT-ONDANSETRON 8MG COMPRIMÉ	14-04-2015
02422727	MIN	MINT-OLOPATADINE 0.1% SOLUTION OPHTHALMIQUE	18-06-2015
02436973	MIN	MINT-OLANZAPINE ODT 10MG COMPRIMÉ	03-07-2015
02436981	MIN	MINT-OLANZAPINE ODT 15MG COMPRIMÉ	03-07-2015
02436965	MIN	MINT-OLANZAPINE ODT 5MG COMPRIMÉ	03-07-2015
02433443	JAP	JAMP-NYSTATIN ORAL SUSPENSION	05-05-2015
02421631	PDL	ST NIFEDIPINE ER 30MG COMPRIMÉ	09-07-2015
02421658	PDL	ST NIFEDIPINE ER 60MG COMPRIMÉ	09-07-2015
02403587	APX	APO-MOMETASONE 50MCG VAPEUR	20-05-2015
02430487	AUR	AURO-MODAFINIL 100MG COMPRIMÉ	15-04-2015
02228351	PMS	PMS-LOPERAMIDE 2MG COMPRIMÉ	21-04-2015
02427745	JAP	JAMPOCAINE VISCOUS 2%	17-04-2015
02392496	BMI	BIO-LETROZOLE 2.5MG COMPRIMÉ	11-03-2015
02414414	AUR	AURO-LAMIVU./ZIDOVU. 150/300	09-07-2015
02354799	PED	CHILDREN'S EUROPROFEN 100MG/5	01-04-2015

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
02429764	ATP	ST ACT GLICLAZIDE MR 30MG COMPRIMÉ	05-05-2015
02407124	APX	ST APO-GLICLAZIDE MR 60MG COMPRIMÉ	05-05-2015
02400391	ACP	ACCEL-FLUOXETINE 10MG CAPSULE	14-04-2015
02400405	ACP	ACCEL-FLUOXETINE 20MG CAPSULE	14-04-2015
02432471	JAP	JAMP-FLUCONAZOLE 150MG CAPSULE	02-06-2015
02433702	PHA	PRIVA-FLUCONAZOLE 150MG CAPSULE	19-03-2015
02255510	RIV	RIVA-FLUCONAZOLE 150MG CAPSULE	05-03-2015
02429039	SIV	ESCITALOPRAM 10MG COMPRIMÉ	13-03-2015
02429047	SIV	ESCITALOPRAM 20MG COMPRIMÉ	13-03-2015
02341689	PFI	GD-DICLOFENAC/MISOPROSTOL 50	28-04-2015
02341697	PFI	GD-DICLOFENAC/MISOPROSTOL 75	31-03-2015
02425017	RBY	RAN-CYPROTERONE/ETHINYL ESTRAD	02-06-2015
02403196	ATP	ACT CLARITHROMYCIN XL 500MG COMPRIMÉ	01-04-2015
80029083	JAP	ST JAMP CALCIUM VIT D COMPRIMÉ	06-03-2015
80049201	MAN	ST M CITRATE D 1000 LIQUIDE	05-05-2015
80054755	MAN	ST M-CAL D 500MG/400IU LIQUIDE	08-04-2015
80050701	MAN	ST M-CAL D 1000 COMPRIMÉ CROQUABLE	08-04-2015
80027787	JAP	ST JAMP-CALCIUM+VIT D COMPRIMÉ CROQUABLE	06-03-2015
80054754	MAN	ST M-CAL 100MG/5ML LIQUIDE	08-04-2015
80055526	MAN	ST M-CAL 500MG COMPRIMÉ	08-04-2015
02211076	APX	APO-BUSPIRONE 10MG COMPRIMÉ	21-04-2015
02230942	PMS	PMS-BUSPIRONE 10MG COMPRIMÉ	21-04-2015
02231492	TEP	TEVA-BUSPIRONE 10MG COMPRIMÉ	21-04-2015
02274574	PFI	GD-AZITHROMYCIN 200MG/5ML LIQUIDE	15-04-2015
02274531	PFI	GD-AZITHROMYCIN 250MG COMPRIMÉ	15-04-2015
02392186	BMI	ST BIO-ATENOLOL 100MG COMPRIMÉ	13-03-2015
02392194	BMI	ST BIO-ATENOLOL 25MG COMPRIMÉ	13-03-2015
02392178	BMI	ST BIO-ATENOLOL 50MG COMPRIMÉ	13-03-2015
02392488	BMI	BIO-ANASTROZOLE 1MG COMPRIMÉ	13-03-2015
02392143	BMI	ST BIO-AMLODIPINE 10MG COMPRIMÉ	13-03-2015
02392127	BMI	ST BIO-AMLODIPINE 2.5MG COMPRIMÉ	13-03-2015
02392135	BMI	ST BIO-AMLODIPINE 5MG COMPRIMÉ	13-03-2015
02433044	PMS	ST ASA 81MG COMPRIMÉ	19-06-2015
02427206	VTH	ST JAMP-ASA 81 MG EC COMPRIMÉ	09-07-2015
02429950	MAN	ST M-ASA 80MG COMPRIMÉ	08-04-2015

NOUVEAUX MÉDICAMENTS D'USAGE RESTREINT

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
02362201	RIV	ST ACETAMIN. BLASON SHIELD 500MG	16-03-2015
02362198	RIV	ST ACETAMINOPHENE 325MG CAPLET	16-03-2015
02362228	RIV	ST ACETAMINOPHENE 500MG CAPLET	16-03-2015

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

96899972	TRU	RESPICHAMBER VHC W EMBOUCHURE	08-07-2015

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Couverture accordée pour un 1 appareil d'espacement tous les 12 mois.

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
02401126	ACP	ST ACCEL-ALENDRONATE 10MG COMPRIMÉ	01-04-2015
02401118	ACP	ST ACCEL-ALENDRONATE 5MG COMPRIMÉ	01-04-2015
02401134	ACP	ST ACCEL-ALENDRONATE 70MG COMPRIMÉ	01-04-2015
02384701	RBY	ST RAN-ALENDRONATE 10MG COMPRIMÉ	13-03-2015

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de :
•la maladie osseuse de Paget OU
•l'ostéoporose chez des patients de 60 ans et plus OU
•l'ostéoporose chez des patients de moins de 60 ans présentant une fracture établie à la hanche ou à la colonne vertébrale ou d'autres fractures OU
•l'ostéoporose chez des patients de moins de 60 ans ne présentant pas de signe de fracture, mais exposés à un risque élevé (> 20 %) de fracture sur 10 ans OU
•l'ostéoporose chez des patients, 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.

02404907	RIV	RIVA-ALPRAZOLAM 2MG COMPRIMÉ	03-07-2015

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazepine, soit 40 mg d'équivalents diazepam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazepines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazepine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazepam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazepam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

09857525	BNM	GE200 BANDELETTES (ON)	12-06-2015
97799373	BNM	GE200 BANDELETTES 100	12-06-2015
97799355	SKY	SURETEST BANDELETTES	12-06-2015
09857522	SKY	SURETEST BANDELETTES (ON)	12-06-2015

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La quantité de bandelettes qui seront couvertes par le Programme des SSNA dépendra du traitement médical du client :

•Les clients qui traitent leur diabète avec de l'insuline pourront recevoir 500 bandelettes d'analyse pour une période de 100 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie cinq fois par jour.
•Les clients qui traitent leur diabète à l'aide d'un médicament antidiabétique hautement susceptible de causer l'hypoglycémieNote de bas de page 2 pourront recevoir 400 bandelettes d'analyse pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie une fois par jour.
•Les clients qui traitent leur diabète à l'aide d'un médicament antidiabétique peu susceptible de causer l'hypoglyécémie. Note de bas de page 3 pourront recevoir 200 bandelettes pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie trois ou quatre fois par semaine.
•Les clients qui maîtrisent leur diabète par leur alimentation ou leur mode de vie (pas d'insuline ni de médicament contre le diabète) pourront recevoir 200 bandelettes d'analyse pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie trois ou quatre fois par semaine.

80020974	OPS	ST OPUS CAL-D 400 COMPRIMÉ	29-04-2015

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

ASA 80mg ne sont fournies qu'aux les bénéficiaires âgés de 21 ans ou moins afin que ce médicament puisse être utilisé pour traiter les maladies infantiles (p. ex., le syndrome de Kawasaki).

02435632	ACP	ACCEL-CELECOXIB 100MG CAPSULE	01-04-2015
02435640	ACP	ACCEL-CELECOXIB 200MG CAPSULE	01-04-2015
02436299	SAN	CELECOXIB 100MG CAPSULE	09-03-2015
02436302	SAN	CELECOXIB 200MG CAPSULE	09-03-2015

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients :
•qui ont des antécédents de complications gastro-intestinales graves (p. ex. ulcère, saignement, perforation);
OU
•qui présentent plusieurs (au moins deux) facteurs de risque de complications gastro-intestinales graves (p. ex. Âge > 60, utilisation concomitante d'AAS, d'ISRS, de corticostéroïdes, d'anticoagulants ou d'agents antiplaquettaires).

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
02412861	BMI	BIO-DONEPEZIL 10MG COMPRIMÉ	11-03-2015
02412853	BMI	BIO-DONEPEZIL 5MG COMPRIMÉ	11-03-2015

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initale de six mois pour les inhibiteurs de la cholinesterase:
•Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée ET
•Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE)) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours ET
•Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Deterioration Scale (GDS)) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
•Une couverture au-delà de 6 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de six mois:
•Diagnostic de la maladie d'Alzheimer est encore de léger à modéré ET
•Le résultat du MMSE > 10; OU
•Le résultat du GDS est entre 4 to 6; ET
•Une amélioration ou stabilisation dans au moins un des domaines suivants (s.v.p. indiquer si amélioration, détérioration, ou non changée)
1. Mémoire, raisonnement et perception (ex: noms, tâches, MMSE)
2. La tenue d'activités journalières (ex: téléphone, magasinage, préparation de repas)
3. Activités quotidiennes de base (ex: prendre un bain, s'habiller, l'hygiène, l'utilisation de la toilette)
4. Symptômes neuropsychiatriques (ex: agitation, délires, hallucinations, apathie)

02269007	HLR	TARCEVA 25MG COMPRIMÉ	22-05-2015
02377705	TEP	TEVA-ERLOTINIB 100MG COMPRIMÉ	16-04-2015
02377713	TEP	TEVA-ERLOTINIB 150MG COMPRIMÉ	16-04-2015
02377691	TEP	TEVA-ERLOTINIB 25MG COMPRIMÉ	26-05-2015

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Traitement d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) après l'échec d'au moins une chimiothérapie et dont le statut EGFR est positif ou inconnu.

02380021	PFI	ST TOVIAZ 4MG COMPRIMÉ	27-05-2015
02380048	PFI	ST TOVIAZ 8MG COMPRIMÉ	27-05-2015

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour soulager les symptômes chez les patients avec vessie neurogène présentant des symptômes d'urgence de fréquence ou d'incontinence avec urgent besoin d'uriner, ou toute combinaison de ces symptômes. La toldérodine pourra être approuvée pour les patients chez qui l'oxybutine s'est avérée inefficace ou mal tolérée.

02418282	NOV	ULTIBRO BREEZHALER 50/110MCG	14-04-2015

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui:
•ont une MOPC modérée à grave, définie par un VEMS de moins de 60%, un VEMS/CVM de moins de 0.7 et du pointage à l'échelle de dyspnée de la Medical Research Council (MRC) de 3 à 5; ET
•a une réponse inadéquate à un bronchodilatateur à longue action (beta 2 agoniste à longue action [BALD]) ou une anticholinergique à longue action [ACLD]).

02429810	SIV	LORAZEPAM 1MG COMPRIMÉ	02-06-2015
02429829	SIV	LORAZEPAM 2MG COMPRIMÉ	02-06-2015

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazepine, soit 40 mg d'équivalents diazepam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazepines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazepine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazepam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazepam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
02387786	SPC	LATUDA 120MG COMPRIMÉ	01-04-2015
02387751	SPC	LATUDA 40MG COMPRIMÉ	01-04-2015
02387778	SPC	LATUDA 80MG COMPRIMÉ	01-04-2015

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles schizo-affectifs chez les patients
•qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu à un essai adéquat d'un autre antipsychotique; OU
•pour lesquels un autre antipsychotique est contre-indiqué

02422867	AUR	AURO-MONTELUKAST 4MG COMPRIMÉ CROQUABL	15-04-2015
02422875	AUR	AURO-MONTELUKAST 5MG COMPRIMÉ CROQUABL	15-04-2015

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme:
•en association avec les corticostéroïdes.
•chez les patients asthmatiques qui ne sont pas bien contrôlés avec les corticostéroïdes en inhalation ou qui ne peuvent les tolérer.

02437945	PMS	ST PANTOPRAZOLE 40MG COMPRIMÉ	03-07-2015

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

02439573	MIN	MINT-RIZATRIPTAN ODT 5MG COMPRIMÉ	03-07-2015
02436612	NPH	NAT-RIZATRIPTAN ODT 10MG COMPRIMÉ	18-03-2015
02436604	NPH	NAT-RIZATRIPTAN ODT 5MG COMPRIMÉ	18-03-2015

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés (ou injections) est autorisé par période de 30 jours.

02432226	GIL	HARVONI 400MG/90MG COMPRIMÉ	13-04-2015

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'infection virale et chronique de l'hépatite C (VHC), génotype 1 chez les adultes ayant une fibrose du fois de grade égal ou supérieur à F2 (score de Metavir ou un équivalent).

Critères & Durée
Pour les patients qui n'ont pas été traités auparavant, qui n'ont pas de cirrhose et qui ont une charge virale inférieure à 6 millions IU/ml - 8 semaines*
Pour les patients qui n'ont pas été traités auparavant, qui n'ont pas de cirrhose et qui ont une charge virale égale ou supérieure à 6 millions IU/ml - 12 semaines
Pour les patients qui n'ont pas été traités auparavant et qui ont une cirrhose compensée - 12 semaines
Pour les patients qui ont été traités auparavant et qui n'ont pas de cirrhose - 12 semaines
Pour les patients qui ont été traités auparavant et qui ont une cirrhose compensée - 24 semaines

*Pour cette cohorte de patients (patients non traités auparavant, sans cirrhose et avec une charge virale inférieure à 6 millions IU/ml), des données probantes démontrent que le taux de la réponse virologique soutenue (RVS) à 8 semaines et 12 semaines de traitement sont les mêmes. Les schémas de traitement d'une durée maximal de 12 semaines sont reconnus comme option de traitement approuvé par Santé Canada. Les patients présentant une fibrose sévère/cirrhose limite (F3-4) ou s'ils sont co-infectés par le VIH peuvent être prise en considération pour une couverture de 12 semaines.

Patients qui ne sont pas admissibles pour une couverture:
• Les patients qui sont actuellement traités avec un autr agent antiviral pour le VHC
• Les patients qui ont été traités auparavant avec une thérapie de Harvoni (Les demandes de renouvellement de traitement ne seront pas prises en considération)

02408163	ACY	FIBRISTAL 5MG COMPRIMÉ	25-05-2015

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 90 comprimés.

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
02418401	GSK	ANORO ELLIPTA 62.5/25MCG INHALATEUR	14-04-2015

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui:
•ont une MOPC modérée à grave, définie par un VEMS de moins de 60%, un VEMS/CVM de moins de 0.7 et du pointage à l'échelle de dyspnée de la Medical Research Council (MRC) de 3 à 5; ET
•a une réponse inadéquate à un bronchodilatateur à longue action (beta 2 agoniste à longue action [BALD]) ou une anticholinergique à longue action [ACLD]).

02421534	NPH	NAT-ZOLMITRIPTAN 2.5MG COMPRIMÉ	13-03-2015

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés (ou injections) est autorisé par période de 30 jours.

CHANGEMENT DE CRITÈRES

COUVERTURE DE BUSPIRONE

Depuis le 21 avril 2015, le statut de buspirone 10 mg en comprimés oraux a changé et est passé à médicament couvert sans restriction suivant une recommandation du CCMT. Le statut de couverture du buspirone est passé de médicament à usage restreint à médicament couvert sans restriction.

CHANGEMENT DE CRITÈRES D'APPROBATION POUR LA VANCOMYCINE ORALE

Depuis le 15 juin 2015, le statut de la vancomycine orale en capsule de 125 mg et de 250 mg a changé et est passé à un médicament à usage restreint suivant une recommandation du CCMT. Le CCMT a recommandé de couvrir la vancomycine à l'aide des critères suivants:

Pour le traitement des patients qui ont reçu un diagnostic d'infection au Clostridium difficile avec symptômes et qui:

•sont allergiques, résistants ou intolérants au métronidazole; OU
•n'ont pas répondu à un traitement de 4 à 6 jours de métronidazole oral à des doses de 500 mg trois fois par jour; OU
• ont souffert de maladie sévère et les doses initiales du médicament ont été prescrites/recommandées par un infectiologue ou un gastro-entérologue.

La quantité maximum de vancomycine qui pourra être approuvée par traitement sera d'une dose administrée quatre fois par jour pour 14 jours.

COUVERTURE POUR CYTOMEL

Depuis le 27 mai 2015, le statut de Cytomel, en comprimés oraux de 5mcg et de 25mcg a changé et est passé à médicament couvert sans restriction à la LMD du Programme.

Ce changement du statut de couverture s'applique aux DIN suivants :
•01919458 CYTOMEL 5MCG COMPRIMÉ
•01919466 CYTOMEL 25MCG COMPRIMÉ

COUVERTURE POUR LOPROX

Depuis le 7 avril 2015, le statut de Loprox 1% en crème et lotion a changé et est passé à médicament couvert sans restriction à la LDM du Programme.

Ce changement du statut de couverture s'applique aux DIN suivants:
•02221802 LOPROX 1% CRÈME
•02221810 LOPROX 1% LOTION