

# Codes des médicaments d'exception

publiés par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du  
Québec, 2013

**ISSN 1913-2808**

**ISBN 978-2-550-68471-8 (PDF)**

## **Introduction**

### **Codes des médicaments d'exception Mise à jour du 3 février 2014**

Certains médicaments d'exception peuvent être obtenus sans délai lorsque le prescripteur inscrit sur l'ordonnance le code correspondant à l'indication de paiement. Toutefois, le paiement est autorisé uniquement lorsque l'indication de paiement du médicament d'exception codifié, correspond à l'état de santé du patient.

La responsabilité de l'exactitude du code choisi et de son utilisation relève du prescripteur.

**De plus, ce répertoire de codification est à l'usage de la Régie. Ainsi, les assureurs privés ne sont pas tenus de le considérer.**

**Comment sont présentés les médicaments d'exception codifiés et où en trouver la liste?**

Les médicaments d'exception codifiés sont présentés par classe anatomique, puis, par ordre alphabétique de dénomination commune. On retrouve les marques de commerce sous chaque dénomination commune.

Le système de codification comporte deux lettres, qui représentent la classe anatomique, suivies de chiffres formant un numéro séquentiel.

Pour faciliter la recherche, un index alphabétique des dénominations communes (en gras) et des noms de commerce, présenté à la fin du document, énumère les médicaments d'exception qui sont codifiés.

Dans son site Internet, la Régie publie la liste des médicaments codifiés, accompagnés des indications de paiement.

Le service en ligne *Médicaments d'exception et Patient d'exception* permet aussi d'obtenir les codes relatifs aux médicaments d'exception codifiés. Vous pouvez consulter le tout à [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)

Une version destinée aux ordinateurs de poche y est également accessible en format PDF.

### **Quand et où inscrire le code?**

Chaque code est associé à une indication de paiement précise.

Pour toute ordonnance, le code correspondant à la situation de la personne assurée doit accompagner le nom du médicament codifié prescrit. Sur présentation de l'ordonnance en pharmacie, le paiement sera automatiquement autorisé par la Régie pour la durée de l'ordonnance, à moins qu'une période de validité spécifique ne soit mentionnée dans le répertoire.

Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code « XX » sur l'ordonnance, avec le nom du médicament codifié prescrit afin d'aviser le pharmacien que l'ordonnance ne peut être codifiée. Cela évitera au pharmacien de faire une démarche auprès du prescripteur.

### **Quand utiliser le formulaire?**

Si vous utilisez la codification, vous n'avez pas à remplir un formulaire spécifique, ni la *Demande d'autorisation de paiement – Médicament d'exception* (formulaire n° 3633), qu'il s'agisse d'une première demande ou non. Vous devez utiliser l'un de ces formulaires si vous désirez prescrire :

- un médicament d'exception qui ne se retrouve pas au répertoire des codes des médicaments;
- un médicament d'exception codifié, quand la situation de votre patient ne correspond pas à une indication de paiement codifiée;
- un médicament d'exception codifié dont la période d'autorisation initiale est terminée (tel que précisée dans les explications associées au code).

D'autre part, si vous voulez prescrire un médicament absent de la *Liste de médicaments* ou encore un médicament d'exception codifié mais pour une indication thérapeutique non reconnue pour le paiement, vous devez utiliser la *Demande d'autorisation de paiement – Mesure du patient d'exception* (formulaire n° 3996).

Ces formulaires peuvent être envoyés à la Régie par télécopieur ou par la poste. Les prescripteurs inscrits aux services en ligne peuvent aussi transmettre leur demande par l'application *Médicaments d'exception et Patient d'exception* (applicable uniquement pour les formulaires n° 3633 et n° 3996).

On peut accéder aux formulaires suivants en s'adressant à la Régie :

Formulaires spécifiques

Formulaire *Demande d'autorisation de paiement – Médicament d'exception n° 3633*

Formulaire *Demande d'autorisation de paiement – Mesure du patient d'exception n° 3996*

- par Internet : [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)  
Section *Professionnels*  
Votre profession  
Onglet *Médicaments*  
Rubrique *Médicaments d'exception et Patient d'exception*

Formulaire *Demande d'autorisation de paiement –  
Médicament d'exception n° 3633*

Formulaire *Demande d'autorisation de paiement – Mesure  
du patient d'exception n° 3996*

- par télécopieur : 418 646-9251 (Québec)
- par écrit : Régie de l'assurance maladie du Québec  
Centre d'information et d'assistance  
aux professionnels (Q029)  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4

**Pour toute information, n'hésitez pas à communiquer avec nous.**

Si vous êtes un **prescripteur**, vous pouvez communiquer avec le Centre d'assistance aux professionnels, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 (mercredi, de 10 h 30 à 16 h 30).

Québec : 418 643-8210

Montréal : 514 873-3480

Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776

Si vous êtes un **pharmacien**, vous pouvez communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.

Québec : 418 643-9025

Ailleurs au Québec : 1 888 883-7427



## **Codification et indications reconnues pour le paiement**



## Table des matières

Pages

<b>AI</b>	Anti - infectieux - Usage systémique ou topique.....	1
<b>CV</b>	Système cardiovasculaire.....	14
<b>DE</b>	Dermatologie.....	26
<b>EN</b>	Endocrinologie.....	59
<b>GI</b>	Système gastro-intestinal.....	68
<b>GU</b>	Système génito-urinaire.....	73
<b>GY</b>	Gynécologie.....	75
<b>HE</b>	Hématologie.....	79
<b>MS</b>	Système musculo-squelettique.....	81
<b>ON</b>	Oncologie/antinéoplasiques.....	83
<b>OP</b>	Ophtalmologie.....	84
<b>RE</b>	Système respiratoire.....	89
<b>SN</b>	Système nerveux autonome ou central.....	94
<b>VA</b>	Varia.....	111



adéfovir  
dipivoxil

*Hepsera*

## AI125

Pour le traitement de l'hépatite B chronique chez les personnes :

- ◆ ayant une **résistance à la lamivudine** définie par un des éléments suivants :
  - une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, confirmée par un deuxième test un mois plus tard;
  - une épreuve de laboratoire qui démontre la résistance à la lamivudine;
  - une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, avec une virémie supérieure à 20 000 UI/mL;
- ◆ ayant une cirrhose décompensée ou à risque de décompensation, avec un score de Child-Pugh > 6;
- ◆ ayant subi une transplantation hépatique ou ayant eu une infection du greffon par le virus de l'hépatite B;
- ◆ infectées par le VIH, mais non traitées avec des antirétroviraux pour cette maladie;
- ◆ ne présentant pas de résistance à la lamivudine et ayant une charge virale supérieure à 20 000 UI/mL (HBeAg-positif) ou à 2 000 UI/mL (HBeAg-négatif), avant le début du traitement;

# Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p><b>caspofongine (acétate de)</b> <i>Cancidas</i></p>	<p><b>AI79</b></p> <p>Pour le traitement de l'aspergillose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à une thérapie de première intention;</p> <p><b>AI80</b></p> <p>Pour le traitement de la candidose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole;</p> <p><b>AI86</b></p> <p>Pour le traitement de la candidose oesophagienne chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à l'itraconazole ou au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B;</p>
<p><b>ciprofloxacine (chlorhydrate de)</b> <b>Sol. Perf. I.V.</b> <i>Ciprofloxacine Perfusion Intraveineuse</i></p>	<p><b>AI68</b></p> <p>Pour le traitement des infections lorsque la ciprofloxacine orale ne peut être utilisée;</p>
<p><b>clindamycine (phosphate de)</b> <b>Cr. Vag.</b> <i>Dalacin C</i></p>	<p><b>AI6</b></p> <p>Pour le traitement de la vaginose bactérienne lors du premier trimestre de la grossesse;</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

# Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>clindamycine (phosphate de) Cr. Vag.</b> <i>Dalacin C</i></p>	<p><b>AI7</b></p> <p>Lorsque le métronidazole intravaginal est inefficace, contre-indiqué ou mal toléré;</p>
<p><b>clindamycine (phosphate de) Cr. vag. (unidose)</b> <i>Clindesse</i></p>	<p><b>AI7</b></p> <p>Lorsque le métronidazole intravaginal est inefficace, contre-indiqué ou mal toléré;</p>
<p><b>entécavir</b> <i>Apo-Entecavir, Baraclude</i></p>	<p><b>AI123</b></p> <p>Pour le traitement de l'hépatite B chronique, à <b>raison de 0,5 mg par jour</b>, chez les personnes qui <b>ne présentent pas de résistance à la lamivudine</b> et qui ont une charge virale supérieure à 20 000 UI/mL (HBeAg-positif) ou à 2 000 UI/mL (HBeAg-négatif), avant le début du traitement;</p> <p><b>AI124</b></p> <p>Pour le traitement de l'hépatite B chronique chez les personnes qui présentent un <b>échec, une contre-indication ou une intolérance à l'adéfovir ou au ténofovir</b> et qui ont une <b>résistance à la lamivudine</b> définie par un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, confirmée par un deuxième test un mois plus tard;</li></ul> <p>(Voir page suivante)</p>

# Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>entécavir</b> <i>Apo-Entecavir, Baraclude</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● une épreuve de laboratoire démontrant la résistance à la lamivudine;</li><li>● une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, avec une virémie supérieure à 20 000 UI/mL;</li></ul>
<p><b>fluconazole</b> <b>Susp. Orale</b> <i>Diflucan</i></p>	<p><b>AI8</b></p> <p>Pour le traitement de la candidose oesophagienne;</p> <p><b>AI9</b></p> <p>Pour le traitement de la candidose oropharyngée pour les personnes chez qui la thérapie conventionnelle est inefficace ou mal tolérée et qui ne peuvent recevoir les comprimés de fluconazole;</p> <p><b>AI10</b></p> <p>Pour le traitement d'autres mycoses pour les personnes chez qui la thérapie conventionnelle est inefficace ou mal tolérée et qui ne peuvent recevoir les comprimés de fluconazole;</p>
<p><b>lévofloxacine</b> <b>Sol. Perf. I.V.</b> <i>Levaquin</i></p>	<p><b>AI13</b></p> <p>Pour le traitement des infections lorsque la lévofloxacine orale ne peut être utilisée;</p>

# Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

## Médicaments

## Codes et indications

**linezolide**

**Co.**

*Zyvoxam*

**AI69**

Pour le traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée;

**AI70**

Pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine;

**AI160**

Pour la poursuite du traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline amorcé par voie intraveineuse en milieu hospitalier.

**linezolide**

**Sol. Perf. I.V.**

*Zyvoxam*

**AI71**

Pour le traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée et que le linézolide par la voie orale ne peut être utilisé;

**AI72**

Pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine lorsque le linézolide par la voie orale ne peut être utilisé;

# Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p><b>métronidazole</b> <b>Gel Vag.</b> <i>Nidagel</i></p>	<p><b>AI11</b></p> <p>Pour le traitement de la vaginose bactérienne chez la femme enceinte lors des deuxième ou troisième trimestres de la grossesse;</p> <p><b>AI12</b></p> <p>Pour le traitement de la vaginose bactérienne lors d'intolérance au métronidazole par voie orale;</p>
<p><b>moxifloxacine</b> <b>(chlorhydrate de)</b> <i>Avelox I.V.</i></p>	<p><b>AI87</b></p> <p>Pour le traitement des infections lorsque la moxifloxacine orale ne peut être utilisée;</p>
<p><b>oseltamivir</b> <b>(phosphate d')</b> <i>Tamiflu</i></p>	<p><b>AI139</b></p> <p>Pour le traitement de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement;</li><li>• chez les personnes atteintes d'une maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (selon la définition du MSSS);</li><li>• chez la femme enceinte qui sont au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (13 semaines ou plus);</li></ul> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

# Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

## Médicaments

## Codes et indications

(Suite)

**oseltamivir  
(phosphate d')**

*Tamiflu*

La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées :

- les données de surveillance en place démontrent la présence et la sensibilité des virus de l'influenza de type A ou B, selon les avis émis par les directions de santé publique régionales et provinciales, le cas échéant;
- le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures);

Les maladies chroniques sont définies ainsi :

- troubles cardiaques ou pulmonaires (dont la dysplasie broncho-pulmonaire, la fibrose kystique, la MPOC, l'emphysème et l'asthme) assez graves pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers;
- diabète ou autres troubles métaboliques chroniques, troubles hépatiques (incluant une cirrhose), rénaux, hématologiques (incluant une hémoglobinopathie), un cancer, un déficit immunitaire (dont le VIH) ou une immunosuppression (radiothérapie, chimiothérapie, médicaments anti-rejet);
- conditions médicales pouvant compromettre l'évacuation des sécrétions respiratoires et augmentant les risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires, une obésité morbide).

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)***oseltamivir  
(phosphate d')***Tamiflu*

Note : Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement associées aux codes AI139 et AI140, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code «XX» sur l'ordonnance pour en aviser le pharmacien.

**AI140**

Pour la prophylaxie de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) :

- chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement en contact étroit avec une personne infectée (cas index);

La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées :

- les données de surveillance en place démontrent la présence et la sensibilité des virus de l'influenza de type A ou B, selon les avis émis par les directions de santé publique régionales et provinciales, le cas échéant;
- le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures);

Note : Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement associées aux codes AI139 et AI140, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code

*(Voir page suivante)*

# Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> <b>oseltamivir (phosphate d')</b> <i>Tamiflu</i>	«XX» sur l'ordonnance pour en aviser le pharmacien.
<b>tobramycine (sulfate de)</b> <b>Sol. pour Inh.</b> <i>Tobi</i>	<b>AI90</b> Chez les personnes atteintes de fibrose kystique, pour le traitement de l'infection chronique à <i>pseudomonas aeruginosa</i> lorsque l'on observe une détérioration de l'état clinique malgré le traitement conventionnel ou lors d'allergie aux agents de conservation;
<b>tobramycine (sulfate de)</b> <b>Pd. pour Inh.</b> <i>Tobi Podhaler</i>	<b>AI90</b> Chez les personnes atteintes de fibrose kystique, pour le traitement de l'infection chronique à <i>pseudomonas aeruginosa</i> lorsque l'on observe une détérioration de l'état clinique malgré le traitement conventionnel ou lors d'allergie aux agents de conservation;
<b>valganciclovir (chlorhydrate de)</b> <i>Apo-Valganciclovir, Valcyte</i>	<b>AI73</b> Pour le traitement de la rétinite à cytomégalovirus (CMV) chez les personnes immunodéficientes;
<b>voriconazole</b> <b>Co.</b> <i>Vfend</i>	<b>AI74</b> Pour le traitement de l'aspergillose invasive; <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>voriconazole</b> Co. <i>Vfend</i></p>	<p>Période d'autorisation : 3 mois</p> <p><b>AI75</b></p> <p>Pour la poursuite du traitement de l'aspergillose invasive, chez les personnes pour lesquelles un effet bénéfique est observé;</p> <p><b>AI76</b></p> <p>Pour le traitement de la candidémie chez les personnes non neutropéniques qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B;</p>
<p><b>voriconazole</b> Pd. Perf. I.V. <i>Vfend</i></p>	<p><b>AI77</b></p> <p>Pour le traitement de l'aspergillose invasive;</p> <p><b>AI78</b></p> <p>Pour le traitement de la candidémie chez les personnes non neutropéniques qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B;</p>

### zanamivir

*Relenza*

### AI139

Pour le traitement de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) :

- chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement;
- chez les personnes atteintes d'une maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (selon la définition du MSSS);
- chez la femme enceinte qui sont au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (13 semaines ou plus);

La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées :

- les données de surveillance en place démontrent la présence et la sensibilité des virus de l'influenza de type A ou B, selon les avis émis par les directions de santé publique régionales et provinciales, le cas échéant;
- le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures);

Les maladies chroniques sont définies ainsi :

- troubles cardiaques ou pulmonaires (dont la dysplasie broncho-pulmonaire, la fibrose kystique, la MPOC, l'emphysème et l'asthme)

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)***zanamivir***Relenza*

assez graves pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers;

- diabète ou autres troubles métaboliques chroniques, troubles hépatiques (incluant une cirrhose), rénaux, hématologiques (incluant une hémoglobinopathie), un cancer, un déficit immunitaire (dont le VIH) ou une immunosuppression (radiothérapie, chimiothérapie, médicaments anti-rejet);
- conditions médicales pouvant compromettre l'évacuation des sécrétions respiratoires et augmentant les risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires, une obésité morbide).

Note : Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement associées aux codes AI139 et AI140, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code «XX» sur l'ordonnance pour en aviser le pharmacien.

**AI140**

Pour la prophylaxie de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) :

- chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement en contact étroit avec une personne infectée (cas index);

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

(Suite)

**zanamivir**

*Relenza*

La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées :

- les données de surveillance en place démontrent la présence et la sensibilité des virus de l'influenza de type A ou B, selon les avis émis par les directions de santé publique régionales et provinciales, le cas échéant;
- le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures);

Note : Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement associées aux codes AI139 et AI140, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code «XX» sur l'ordonnance pour en aviser le pharmacien.

# Système cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications
<p><b>aliskirène</b> <i>Rasilez</i></p>	<p><b>CV111</b></p> <p>Pour le traitement de l'hypertension artérielle, <b>en association</b> avec au moins un agent antihypertenseur, si échec thérapeutique, intolérance ou contre-indication à un agent de chacune des trois classes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● un diurétique thiazidique <b>et</b></li><li>● un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) <b>et</b></li><li>● un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA).</li></ul> <p>Toutefois, à la suite d'un échec thérapeutique à un IECA, l'essai d'un ARA n'est pas exigé et vice versa.</p>
<p><b>amlodipine (bésylate d')/ atorvastatine calcique</b> <i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin,</i> <i>Caduet,</i> <i>GD-Amlodipine/Atorvastatin,</i> <i>pms-Amlodipine-Atorvastatin</i></p>	<p><b>CV110</b></p> <p>Chez les personnes sous traitement à doses stables avec l'amlodipine et l'atorvastatine depuis au moins 3 mois;</p>

## Médicaments

## Codes et indications

### apixaban

*Eliquis*

### CV155

Chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire **non valvulaire** nécessitant une anticoagulothérapie :

- chez qui l'anticoagulation avec la warfarine ou le nicoumalone ne se trouve pas dans l'écart thérapeutique visé;
- ou
- pour qui le suivi de l'anticoagulation avec la warfarine ou le nicoumalone n'est pas possible ou n'est pas disponible;

### clopidogrel (bisulfate de)

*Apo-Clopidogrel,  
Clopidogrel,  
Co Clopidogrel,  
Mint-Clopidogrel,  
Mylan-Clopidogrel,  
Plavix,  
Pms-Clopidogrel,  
Ran-Clopidogrel,  
Riva-Clopidogrel,  
Sandoz Clopidogrel,  
Teva Clopidogrel*

### CV18

- ◆ Pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, en association avec l'acide acétylsalicylique, chez les personnes pour lesquelles une **angioplastie** avec ou sans la pose d'une endoprothèse coronarienne a été effectuée;
- ◆ Chez les personnes présentant un syndrome coronarien aigu qui ne recevaient pas d'acide acétylsalicylique au préalable;

*Note : Toute demande d'autorisation pour poursuivre le traitement au-delà de 12 mois  
(Voir page suivante)*

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>clopidogrel (bisulfate de)</b></p> <p><i>Apo-Clopidogrel, Clopidogrel, Co Clopidogrel, Mint-Clopidogrel, Mylan-Clopidogrel, Plavix, Pms-Clopidogrel, Ran-Clopidogrel, Riva-Clopidogrel, Sandoz Clopidogrel, Teva Clopidogrel</i></p>	<p><i>doit être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 mois</p> <p><b>CV19</b></p> <p>Pour la <b>prévention secondaire</b> des manifestations vasculaires ischémiques chez les personnes pour lesquelles un antiplaquettaire est indiqué mais chez qui <b>l'acide acétylsalicylique est inefficace, contre-indiqué ou mal toléré;</b></p> <p><i>Note : Une seconde angioplastie dans le cas d'une nouvelle manifestation vasculaire ischémique fait partie de cette condition de paiement.</i></p> <p><i>Ne répond pas à cette indication de paiement, l'utilisation du clopidogrel en prévention primaire i.e. chez les personnes qui n'ont jamais présenté de manifestations vasculaires ischémiques.</i></p>
<p><b>colésévélam (chlorhydrate de)</b></p> <p><i>Lodalis</i></p>	<p><b>CV163</b></p> <p>Pour le traitement de l'hypercholestérolémie, chez les personnes dont <b>le risque cardiovasculaire est élevé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● en association avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine) à dose optimale ou à dose moindre en cas d'intolérance;</li></ul> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>colésévélam (chlorhydrate de)</b></p> <p><i>Lodalis</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● lors d'une contre-indication à un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine);</li> <li>● lors d'une intolérance ayant mené à un arrêt de traitement d'au moins 2 inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statine).</li> </ul> <p>Note : L'usage du colésévélam pour les personnes dont le <b>risque cardiovasculaire est faible ou moyen</b> ne correspond pas à l'indication de paiement. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code « XX » sur l'ordonnance pour aviser le pharmacien que cette ordonnance ne peut être codifiée.</p> <p>Toutefois, si la situation de la personne assurée répond aux exigences de la mesure du patient d'exception, une demande peut être transmise à la Régie au moyen du formulaire Mesure du patient d'exception – Demande d'autorisation de paiement n° 3996 dûment rempli.</p>
<p><b>dabigatran etexilate</b></p> <p><i>Pradaxa</i></p>	<p><b>CV155</b></p> <p>Chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire <b>non valvulaire</b> nécessitant une anticoagulothérapie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● chez qui l'anticoagulation avec la warfarine ou le nicoumalone ne se trouve pas dans l'écart thérapeutique visé;</li> </ul> <p style="text-align: center;">ou</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

# Système cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>dabigatran etexilate</b> <i>Pradaxa</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• pour qui le suivi de l'anticoagulation avec la warfarine ou le nicoumalone n'est pas possible ou n'est pas disponible;</li></ul>
<p><b>dipyridamole/ acétylsalicylique (acide)</b> <i>Aggrenox</i></p>	<p><b>CV14</b></p> <p>Pour la prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux (AVC) chez les personnes ayant déjà subi un AVC ou une ischémie cérébrale transitoire;</p>
<p><b>ézétimibe</b> <i>Ezetrol</i></p>	<p><b>CV99</b></p> <p>Lorsque l'ézétimibe n'est <b>pas utilisé en association</b> avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine) :</p> <p>Lors d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité à au moins 2 hypolipémiants;</p> <p><i>Note : Avant de conclure à l'inefficacité d'un hypolipémiant, un essai à doses optimales doit être fait.</i></p> <p><b>CV100</b></p> <p>Lorsque l'ézétimibe est <b>utilisé en association</b> avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine) :</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)*

**ézétimibe**

*Ezetrol*

Si le traitement avec la statine, à dose optimale ou à dose moindre en cas d'intolérance à cette dose, n'a pas permis un contrôle adéquat de la cholestérolémie;

*Note : Tiré des Capsules CdM publiées en février 2005 et juin 2007 par le Conseil du médicament :*

*Avant d'obtenir une autorisation de paiement pour l'ézétimibe utilisé en association avec une statine, le Conseil du médicament croit que la dose de statine, pour une personne donnée, doit se situer dans l'écart défini au tableau ci-dessous. De plus, en l'absence d'un facteur augmentant le risque de toxicité musculaire, il demeure essentiel que la thérapie avec une statine comporte au moins une tentative de titration de la dose, à l'intérieur des doses énoncées ci-après, pour que la dose soit considérée optimale.*

*Doses des statines utilisées en monothérapie jugées efficaces selon l'impact démontré sur la mortalité ou la morbidité ou la réduction des taux de LDL-C .*

<b>Noms générique, commercial (fabricant)</b>	<b>Doses</b>
Atorvastatine, Lipitor <sup>MC</sup> (Pfizer)	10 mg à 80 mg
Fluvastatine, Lescol <sup>MC</sup> (Novartis)	80 mg

*(Voir page suivante)*

# Système cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications										
<i>(Suite)</i> <b>ézétimibe</b> <i>Ezetrol</i>	<table border="1"><tr><td data-bbox="301 188 733 272">Lovastatine, Mevacor<sup>MC</sup> (Merck et autres)</td><td data-bbox="736 188 1014 272">40 mg à 80 mg</td></tr><tr><td data-bbox="301 277 733 362">Pravastatine, Pravachol<sup>MC</sup> (Squibb et autres)</td><td data-bbox="736 277 1014 362">40 mg</td></tr><tr><td data-bbox="301 367 733 451">Rosuvastatine<sup>1</sup>, Crestor<sup>MC</sup> (AZC)</td><td data-bbox="736 367 1014 451">5 mg à 40 mg</td></tr><tr><td data-bbox="301 456 733 541">Simvastatine, Zocor<sup>MC</sup> (Merck et autres)</td><td data-bbox="736 456 1014 541">20 mg à 80 mg</td></tr><tr><td colspan="2" data-bbox="301 545 1014 667"><sup>1</sup> Doses déterminées selon la réduction comparative du taux de LDL-C et selon les données de la monographie du produit.</td></tr></table>	Lovastatine, Mevacor <sup>MC</sup> (Merck et autres)	40 mg à 80 mg	Pravastatine, Pravachol <sup>MC</sup> (Squibb et autres)	40 mg	Rosuvastatine <sup>1</sup> , Crestor <sup>MC</sup> (AZC)	5 mg à 40 mg	Simvastatine, Zocor <sup>MC</sup> (Merck et autres)	20 mg à 80 mg	<sup>1</sup> Doses déterminées selon la réduction comparative du taux de LDL-C et selon les données de la monographie du produit.	
Lovastatine, Mevacor <sup>MC</sup> (Merck et autres)	40 mg à 80 mg										
Pravastatine, Pravachol <sup>MC</sup> (Squibb et autres)	40 mg										
Rosuvastatine <sup>1</sup> , Crestor <sup>MC</sup> (AZC)	5 mg à 40 mg										
Simvastatine, Zocor <sup>MC</sup> (Merck et autres)	20 mg à 80 mg										
<sup>1</sup> Doses déterminées selon la réduction comparative du taux de LDL-C et selon les données de la monographie du produit.											
<b>pentoxifylline</b> <i>Apo-Pentoxifylline SR</i>	<p><b>CV15</b></p> <p>Pour le traitement des personnes atteintes d'affections vasculaires périphériques graves et chroniques lors d'insuffisance veineuse avec ulcère cutané (ou antécédents);</p> <p><b>CV16</b></p> <p>Pour le traitement des personnes atteintes d'affections vasculaires périphériques graves et chroniques lors d'insuffisance artérielle avec ulcère cutané (ou antécédents), gangrène, antécédents d'amputation ou douleur au repos;</p>										

## Médicaments

## Codes et indications

<p><b>prasugrel</b> <i>Effient</i></p>	<p><b>CV152</b></p> <p>Pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, <b>en association avec l'acide acétylsalicylique</b>, chez les personnes pour lesquelles une <b>angioplastie percutanée coronarienne</b> a été effectuée lors d'un syndrome coronarien aigu.</p> <p>Note : Toute demande d'autorisation pour poursuivre le traitement au-delà de 12 mois doit être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p>
<p><b>rivaroxaban</b> <b>Co.</b> <b>10 mg</b> <i>Xarelto</i></p>	<p><b>CV126</b></p> <p>Pour la prévention de la thromboembolie veineuse à la suite d'une <b>arthroplastie du genou</b>;</p> <p>Période d'autorisation : 14 jours</p> <p><b>CV127</b></p> <p>Pour la prévention de la thromboembolie veineuse à la suite d'une <b>arthroplastie de la hanche</b>;</p> <p>Période d'autorisation : 35 jours</p>

## Médicaments

## Codes et indications

rivaroxaban

Co.

15 mg

*Xarelto*

### CV155

Chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire **non valvulaire** nécessitant une anticoagulothérapie :

- chez qui l'anticoagulation avec la warfarine ou le nicoumalone ne se trouve pas dans l'écart thérapeutique visé;  
ou
- pour qui le suivi de l'anticoagulation avec la warfarine ou le nicoumalone n'est pas possible ou n'est pas disponible;

### CV157

Pour le traitement des personnes atteintes de **thrombose veineuse profonde** qui ne peuvent recevoir la thérapie constituée d'une héparine suivie d'un traitement par un antagoniste de la vitamine k;

Le traitement de la **thrombose veineuse profonde** avec le rivaroxaban doit inclure la dose biquotidienne de 15 mg pendant les 3 premières semaines de traitement suivie d'une dose quotidienne de 20 mg.

*(Voir page suivante)*

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>rivaroxaban</b> Co. <b>15 mg</b> <i>Xarelto</i></p>	<p>Note : Toute demande d'autorisation pour poursuivre le traitement au-delà de <b>6 mois</b> doit être transmise en utilisant le formulaire du patient d'exception ou Internet.</p> <p>Période d'autorisation : 6 mois</p> <p><b>CV165</b></p> <p>Pour le traitement des personnes atteintes d'une <b>embolie pulmonaire</b> qui ne peuvent recevoir la thérapie constituée d'une héparine suivie d'un traitement par un antagoniste de la vitamine k;</p> <p>Le traitement de l'<b>embolie pulmonaire</b> avec le rivaroxaban doit inclure la dose biquotidienne de 15 mg pendant les 3 premières semaines de traitement suivie d'une dose quotidienne de 20 mg.</p>
<p><b>rivaroxaban</b> Co. <b>20 mg</b> <i>Xarelto</i></p>	<p><b>CV155</b></p> <p>Chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire <b>non valvulaire</b> nécessitant une anticoagulothérapie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● chez qui l'anticoagulation avec la warfarine ou le nicoumalone ne se trouve pas dans l'écart thérapeutique visé;</li> <li style="padding-left: 20px;">ou</li> <li>● pour qui le suivi de l'anticoagulation avec la warfarine ou le nicoumalone n'est pas possible ou n'est pas disponible;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Médicaments

## Codes et indications

(Suite)

**rivaroxaban**

**Co.**

**20 mg**

*Xarelto*

### **CV157**

Pour le traitement des personnes atteintes de **thrombose veineuse profonde** qui ne peuvent recevoir la thérapie constituée d'une héparine suivie d'un traitement par un antagoniste de la vitamine k;

Le traitement de la **thrombose veineuse profonde** avec le rivaroxaban doit inclure la dose biquotidienne de 15 mg pendant les 3 premières semaines de traitement suivie d'une dose quotidienne de 20 mg.

Note : Toute demande d'autorisation pour poursuivre le traitement au-delà de **6 mois** doit être transmise en utilisant le formulaire du patient d'exception ou Internet.

Période d'autorisation : 6 mois

### **CV165**

Pour le traitement des personnes atteintes d'une **embolie pulmonaire** qui ne peuvent recevoir la thérapie constituée d'une héparine suivie d'un traitement par un antagoniste de la vitamine k;

*(Voir page suivante)*

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>rivaroxaban</b>  <b>Co.</b>  <b>20 mg</b>  <i>Xarelto</i></p>	<p>Le traitement de l'<b>embolie pulmonaire</b> avec le rivaroxaban doit inclure la dose biquotidienne de 15 mg pendant les 3 premières semaines de traitement suivie d'une dose quotidienne de 20 mg.</p>
<p><b>ticagrélor</b>  <i>Brilinta</i></p>	<p><b>CV161</b></p> <p>Pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, <b>en association avec l'acide acétylsalicylique</b>, chez les personnes présentant un syndrome coronarien aigu.</p> <p>Note : Toute demande d'autorisation pour poursuivre le traitement au-delà de 12 mois doit être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</p> <p>Période d'autorisation : 12 mois.</p>
<p><b>trandolapril/</b>  <b>vérapamil</b>  <b>(chlorhydrate</b>  <b>de)</b>  <i>Tarka</i></p>	<p><b>CV17</b></p> <p>Pour les personnes déjà sous traitement avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et le vérapamil pris séparément;</p>

Médicaments	Codes et indications
<b>azélaïque (acide)</b> <i>Finacea</i>	<b>DE164</b> <p>Pour le traitement de l'acné rosacée lorsqu'une préparation topique de métronidazole est inefficace, contre-indiqué ou mal tolérée;</p>
<b>calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)</b> <i>Dovobet, Dovobet Gel</i>	<b>DE128</b> <p>Pour le traitement du psoriasis lorsqu'un <b>analogue de la vitamine D</b> est inefficace ou mal toléré;</p> <p>Note : L'inefficacité d'un traitement à base de corticostéroïdes topiques ne fait pas partie des indications de paiement. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code « XX » sur l'ordonnance pour aviser le pharmacien que cette ordonnance ne peut être codifiée.</p> <p>Toutefois, si la situation de la personne assurée répond aux exigences de la mesure du patient d'exception, une demande peut être transmise à la Régie au moyen du formulaire Mesure du patient d'exception - Demande d'autorisation de paiement n° 3996 dûment rempli.</p>
<b>collagénase</b> <i>Santyl</i>	<b>DE158</b> <p>Pour le débridement des plaies en présence de tissu dévitalisé. L'autorisation est accordée pour une durée maximale de traitement de 60 jours.</p> <p>Période d'autorisation : 60 jours</p>

## Médicaments

## Codes et indications

pansement  
absorbant -  
chlorure de  
sodium

*Curasalt (15 cm x 17*

*cm - 255 cm<sup>2</sup>),*

*Mesalt (1 m),*

*Mesalt (10 cm x 10 cm -*

*100 cm<sup>2</sup>),*

*Mesalt (5 cm x 5 cm -*

*25 cm<sup>2</sup>),*

*Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm*

*- 56 cm<sup>2</sup>)*

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

## Médicaments

## Codes et indications

pansement  
absorbant -  
fibres gélifiantes

*Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>),*  
*Algisite M 30 cm,*  
*Algosteril (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*  
*Algosteril (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>),*  
*Algosteril (30 cm),*  
*Algosteril (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),*  
*Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm<sup>2</sup>),*  
*Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*  
*Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),*  
*Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm),*  
*Aquacel foam (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*  
*Aquacel foam (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),*  
*Aquacel foam (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>),*  
*Aquacel foam (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),*  
*Aquacel foam (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),*  
*Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*  
*Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),*  
*Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm),*  
*Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),*

## DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)*

*Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain Alginate (44 cm ou 1" X 17 1/2"),  
 Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),  
 Curasorb 30 cm,  
 Curasorb 60 cm,  
 Curasorb 90 cm,  
 Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>),  
 Kaltostat 40 cm,  
 Kaltostat (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),  
 Kaltostat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm<sup>2</sup>),  
 Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm<sup>2</sup>),  
 Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm<sup>2</sup>),  
 Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm<sup>2</sup>),  
 Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm),  
 Melgisorb (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
 Melgisorb (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>),  
 Melgisorb (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),  
 Melgisorb 30 cm,  
 Nu-Derm Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
 Nu-Derm Alginate (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>),  
 Nu-Derm Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),  
 Nu-Derm Alginate 30 cm,  
 Restore Pansement d'alginate calcium (10 cm x 10 cm-100 cm<sup>2</sup>),*

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

*(Voir page suivante)*

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><i>Restore Pansement d'alginate calcium (10 cm x 20 cm-200 cm<sup>2</sup>),</i>  <i>Restore Pansement d'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm-26cm<sup>2</sup>),</i>  <i>Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x10-100cm<sup>2</sup>,</i>  <i>Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x20-200cm<sup>2</sup>,</i>  <i>Versiva XC Non Adhesif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),</i>  <i>Versiva XC Non Adhesif (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),</i>  <i>Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm<sup>2</sup>),</i>  <i>Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>)</i></p>	<p><b>DE101</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Brûlures graves;</li> <li>◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;</li> <li>◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;</li> <li>◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;</li> <li>◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;</li> </ul> <p><i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i></p> <p>Période d'autorisation : 6 mois</p>

## Médicaments

## Codes et indications

**pansement  
absorbant -  
mousse  
hydrophile seule  
ou en  
association**

*Allevyn Compression  
(10 cm x 10 cm - 100  
cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Compression (5  
cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Gentle (10 cm x  
10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Gentle (10 cm x  
20 cm - 200 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Gentle (15 cm x  
15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Gentle (20 cm x  
20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Gentle (5 cm x  
5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Non Adhésif (10  
cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Non Adhésif (10  
cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Non Adhésif (15  
cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Non Adhésif (20  
cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Non Adhésif (5  
cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Sacrum (17 cm  
x 17 cm - 123 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Sacrum (23 cm  
x 23 cm - 237 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Thin (10 cm x  
10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Thin (15 cm x  
20 cm - 300 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Thin (5 cm x 6  
cm - 30 cm<sup>2</sup>),*

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)*

*Biatain (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain Soft-Hold (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain Soft-Hold (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain Soft-Hold (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),  
 Combiderm ACD  
 (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm<sup>2</sup>),  
 Combiderm ACD  
 (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm<sup>2</sup>),  
 Combiderm Non  
 Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm<sup>2</sup>),  
 Combiderm Non  
 Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm<sup>2</sup>),  
 Combiderm Non  
 Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>),  
 Copa (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
 Copa (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),  
 Curafoam (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>),  
 Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
 Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),  
 Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*

### DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

## (Suite)

Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>),

Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),

Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),

Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>),

Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),

Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),

Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>),

Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),

Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm<sup>2</sup>),

Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),

Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),

Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm<sup>2</sup>),

Mepilex Border Sacrum (18 cm x 18 cm - 120 cm<sup>2</sup>),

Mepilex Border Sacrum (23 cm x 23 cm - 238 cm<sup>2</sup>),

Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),

Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),

Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm<sup>2</sup>),

Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm<sup>2</sup>),

Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm<sup>2</sup>),

Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm<sup>2</sup>),

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)*

*Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm<sup>2</sup>),*

*Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm<sup>2</sup>),*

*Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 10 x 12,5-125cm<sup>2</sup>,*

*Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 15 x 15-225 cm<sup>2</sup>,*

*Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 15 x 20-300 cm<sup>2</sup>,*

*Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 6 cm x 6cm-36cm<sup>2</sup>,*

*Restore Advanced Pansement*

*Hydrocellulaire 10cmx10cm-100cm<sup>2</sup>,*

*Restore Advanced Pansement*

*Hydrocellulaire 15cm x 15cm-225cm<sup>2</sup>,*

*Tegaderm 3M-*

*Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm<sup>2</sup>,*

*Tegaderm 3M-*

*Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm<sup>2</sup>,*

*Tegaderm 3M-*

*Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm<sup>2</sup>,*

*Tegaderm 3M-*

*Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm<sup>2</sup>,*

*Tielle Max (11 cm x 11 cm - 121 cm<sup>2</sup>),*

### DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

(Suite)

Tielle Max (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),

Tielle Max (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>),

Tielle Plus (Sacrum 15 cm x 15 cm - 70 cm<sup>2</sup>)

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

## Médicaments

## Codes et indications

**pansement  
absorbant bordé  
- fibres de  
polyester et  
rayonne**

Alldress (10 cm x 10 cm  
- 25 cm<sup>2</sup>),

Alldress (15 cm x 15 cm  
- 100 cm<sup>2</sup>),

Alldress (15 cm x 20 cm  
- 150 cm<sup>2</sup>)

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

## Médicaments

## Codes et indications

**pansement  
absorbant bordé  
- fibres  
gélifiantes**

*Aquacel foam (10 cm x  
10 cm - 49 cm<sup>2</sup>),*

*Aquacel foam (12,5 cm  
x 12,5 cm - 72 cm<sup>2</sup>),*

*Aquacel foam (16,9 cm  
x 20 cm - 115 cm<sup>2</sup>),*

*Aquacel foam (17,5 cm  
x 17,5 cm - 182 cm<sup>2</sup>),*

*Aquacel foam (21 cm x  
21 cm - 289 cm<sup>2</sup>),*

*Aquacel foam (25 cm x  
30 cm - 456 cm<sup>2</sup>),*

*Versiva XC - Sacrum  
(21 cm x 25 cm - 218  
cm<sup>2</sup>),*

*Versiva XC Adhésif (10  
cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>),*

*Versiva XC Adhésif  
(14cm x 14cm - 100  
cm<sup>2</sup>),*

*Versiva XC Adhésif (19  
cm x 19 cm - 196 cm<sup>2</sup>),*

*Versiva XC Adhésif (22  
cm x 22 cm - 289 cm<sup>2</sup>)*

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

## Médicaments

## Codes et indications

**pansement  
absorbant bordé  
- mousse  
hydrophile seule  
ou en  
association**

*Allevyn Adhésif (12,5  
cm x 12,5 cm - 100  
cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Adhésif (12,5  
cm x 22,5 cm - 200  
cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Adhésif (17,5  
cm x 17,5 cm - 225  
cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Adhésif (22,5  
cm x 22,5 cm - 400  
cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Adhésif (7,5 cm  
x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Gentle Border  
(10 cm x 10 cm - 56  
cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Gentle Border  
(12,5 cm x 12,5 cm -  
100 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Gentle Border  
(17,5 cm x 17,5 cm -  
225 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Gentle Border  
Lite (10 cm x 10 cm - 52  
cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Gentle Border  
Lite (15 cm x 15 cm -  
146 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Gentle Border  
Lite (5,5 cm x 12 cm -  
27 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Gentle Border  
Lite (7,5 cm x 7,5 cm -  
23 cm<sup>2</sup>),*

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)*

*Allevyn Plus Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
Allevyn Plus Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm<sup>2</sup>),  
Allevyn Plus Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>),  
Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm<sup>2</sup>),  
Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>),  
Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm<sup>2</sup>),  
Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm<sup>2</sup>),  
Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>),  
Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>),  
Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm<sup>2</sup>),  
Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm<sup>2</sup>),  
Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>),  
Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>),  
Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>),  
Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm<sup>2</sup>),  
Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm<sup>2</sup>),  
Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm<sup>2</sup>),  
Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>),  
Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)*

*Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm<sup>2</sup>),*

*Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm<sup>2</sup>),*

*Mepilex Border (10 cm x 10 cm - 42 cm<sup>2</sup>),*

*Mepilex Border (10 cm x 20 cm - 96 cm<sup>2</sup>),*

*Mepilex Border (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm<sup>2</sup>),*

*Mepilex Border (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>),*

*Mepilex Border (15 cm x 20 cm - 168 cm<sup>2</sup>),*

*Mepilex Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),*

*Mepilex Border Lite (10 cm x 10 cm - 42 cm<sup>2</sup>),*

*Mepilex Border Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>),*

*Mepilex Border Lite (4 cm x 5 cm - 6 cm<sup>2</sup>),*

*Mepilex Border Lite (5 cm x 12,5 cm - 21 cm<sup>2</sup>),*

*Mepilex Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm<sup>2</sup>),*

*Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm<sup>2</sup>),*

*Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm<sup>2</sup>),*

*Restore Advanced Pans. hydrocellulaire adhésif 15x15-100 cm<sup>2</sup>,*

*Restore Advanced Pans. hydrocellulaire adhésif 15x20-125 cm<sup>2</sup>,*

*Tegaderm 3M- Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm<sup>2</sup>,*

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)*

Tegaderm 3M-  
Pansement en mousse  
adhésif 14,3 x 14,3-100  
cm<sup>2</sup>,

Tegaderm 3M-  
Pansement en mousse  
adhésif 14,3 x 15,6-86  
cm<sup>2</sup>,

Tegaderm 3M-  
Pansement en mousse  
adhésif 19cm x  
22,2cm-188cm<sup>2</sup>,

Tegaderm 3M-  
Pansement en mousse  
adhésif 8,8cm x  
8,8cm-25cm<sup>2</sup>,

Tielle (11 cm x 11 cm -  
49 cm<sup>2</sup>),

Tielle (15 cm x 15 cm -  
121 cm<sup>2</sup>),

Tielle (15 cm x 20 cm -  
176 cm<sup>2</sup>),

Tielle (18 cm x 18 cm -  
196 cm<sup>2</sup>),

Tielle (7 cm x 9 cm - 15  
cm<sup>2</sup>),

Tielle Plus (11 cm x 11  
cm - 49 cm<sup>2</sup>),

Tielle Plus (15 cm x 15  
cm - 121 cm<sup>2</sup>),

Tielle Plus (15 cm x 20  
cm - 176 cm<sup>2</sup>)

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

## Médicaments

## Codes et indications

pansement  
antimicrobien -  
argent

*Acticoat (20 cm x 40 cm  
- 600 cm<sup>2</sup>),*

*Acticoat (40 cm x 40 cm  
- 1 600 cm<sup>2</sup>),*

*Acticoat Flex 3 (40 cm x  
40 cm - 1 600 cm<sup>2</sup>),*

*Allewyn Ag Adhésif*

*Sacrum (17 cm x 17 cm  
- 123 cm<sup>2</sup>),*

*Allewyn Ag Adhésif*

*Sacrum (23 cm x 23 cm  
- 237 cm<sup>2</sup>),*

*Allewyn Ag Gentle (10  
cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*

*Allewyn Ag Gentle (15  
cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),*

*Allewyn Ag Gentle (20  
cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),*

*Allewyn Ag Gentle (5 cm  
x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),*

*Allewyn Ag Non Adhésif  
(10 cm x 10 cm - 100  
cm<sup>2</sup>),*

*Allewyn Ag Non Adhésif  
(15 cm x 15 cm - 225  
cm<sup>2</sup>),*

*Allewyn Ag Non Adhésif  
(20 cm x 20 cm - 400  
cm<sup>2</sup>),*

*Allewyn Ag Non Adhésif  
(5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),*

*Aquacel AG (14,5 cm x  
14,5 cm - 210 cm<sup>2</sup>),*

*Aquacel AG (19,5 cm x  
29,5 cm - 575 cm<sup>2</sup>),*

*Aquacel AG (9,5 cm x  
9,5 cm - 90 cm<sup>2</sup>),*

*Aquacel Ag Extra (10  
cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*

## DE58

Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;

La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 12 semaines

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)*

Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),  
 Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>),  
 Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),  
 Aquacel Ag foam (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
 Aquacel Ag foam (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),  
 Aquacel Ag foam (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>),  
 Aquacel Ag foam (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),  
 Aquacel Ag foam (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>),  
 Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
 Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
 Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),  
 Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),  
 Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),

**DE58**

Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;

La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 12 semaines

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)**Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm<sup>2</sup>),**Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),**Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),**Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm<sup>2</sup>),**Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm<sup>2</sup>),**Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm<sup>2</sup>),**Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),**Restore Pansement alginate de calcium Argent 10,2x12-122 cm<sup>2</sup>,**Restore Pansement d'alginate calcium, Argent 5cm x 5cm-25cm<sup>2</sup>,**Restore Pansement hydrocellulaire, Argent 10cm x10cm-100cm<sup>2</sup>,**Restore Pansement hydrocellulaire, Argent 15cm x 20cm-300cm<sup>2</sup>,**Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>),**Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm<sup>2</sup>),**Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),**Tegaderm 3M- Pansement alginate ions argent 10,2x12,7-129 cm<sup>2</sup>,***DE58**

Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;

La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 12 semaines

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)*

Tegaderm 3M-  
Pansement alginaté  
ions argent 5,1 x  
5,1-26cm<sup>2</sup> ,  
Tegaderm 3M-  
Pansement aux ions  
d'argent (10cm x  
20cm-200cm<sup>2</sup>) ,  
Tegaderm 3M-  
Pansement aux ions  
d'argent  
(10cmx12,7cm-127cm<sup>2</sup>)  
,  
Tegaderm 3M-  
Pansement aux ions  
d'argent (20cm x  
20cm-400cm<sup>2</sup>) ,  
Tegaderm 3M-  
Pansement aux ions  
d'argent (5cm x 5cm -  
25 cm<sup>2</sup>)

**DE58**

Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;

La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 12 semaines

**pansement  
antimicrobien -  
iode**  
*Iodosorb*

**DE58**

Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation  
*(Voir page suivante)*

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>pansement antimicrobien - iode</b></p> <p><i>Iodosorb</i></p>	<p>critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;</p> <p>La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.</p> <p><i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 semaines</p>

## Médicaments

## Codes et indications

**pansement  
antimicrobien  
bordé - argent**

*Allevyn Ag Adhésif  
(12,5 cm x 12,5 cm -  
100 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Ag Adhésif  
(17,5 cm x 17,5 cm -  
225 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Ag Adhésif (7,5  
cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Ag Gentle  
Border (12,5 cm x 12,5  
cm - 100 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Ag Gentle  
Border (17,5 cm x 17,5  
cm - 225 cm<sup>2</sup>),*

*Allevyn Ag Gentle  
Border (7,5 cm x 7,5 cm -  
25 cm<sup>2</sup>),*

*Aquacel Ag foam (10  
cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>),*

*Aquacel Ag foam (17,5  
cm x 17,5 cm - 182  
cm<sup>2</sup>),*

*Aquacel Ag foam (21  
cm x 21 cm - 289 cm<sup>2</sup>),*

*Aquacel Ag foam (25  
cm x 30 cm - 456 cm<sup>2</sup>),*

*Biatain Ag Adhesive  
(12,5 cm x 12,5 cm - 64  
cm<sup>2</sup>),*

*Biatain Ag Adhesive (18  
cm x 18 cm - 169 cm<sup>2</sup>),*

*Biatain Ag Adhesive  
(7,5 cm x 7,5 cm - 12,6  
cm<sup>2</sup>),*

*Biatain Silicone Ag (10  
cm x 10 cm - 30 cm<sup>2</sup>),*

*Biatain Silicone Ag  
(12,5 cm x 12,5 cm - 64  
cm<sup>2</sup>),*

**DE58**

Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;

La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 12 semaines

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)**Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm<sup>2</sup>).**Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm<sup>2</sup>).**Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm<sup>2</sup>).**Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>).**Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm<sup>2</sup>).**Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>).**Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm<sup>2</sup>)***DE58**

Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;

La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 12 semaines

## Médicaments

## Codes et indications

**pansement anti-odeur - charbon activé**

*Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm<sup>2</sup>),*

*Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm<sup>2</sup>),*

*Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm<sup>2</sup>)*

**DE106**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ plaie de pression de stade 2 ou plus malodorante;
- ◆ plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorant lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

## Médicaments

## Codes et indications

**pansement de  
rétention de  
l'humidité -  
hydrocolloïde ou  
polyuréthane**

*Comfeel Plus Clear (10  
cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*

*Comfeel Plus Clear (15  
cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),*

*Comfeel Plus Clear (5  
cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>),*

*Comfeel Plus Clear (9  
cm x 14 cm - 126 cm<sup>2</sup>),*

*Comfeel Plus Triangle  
(18 cm x 20 cm - 180  
cm<sup>2</sup>),*

*Comfeel Plus Ulcer (10  
cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*

*Comfeel Plus Ulcer (15  
cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),*

*Comfeel Plus Ulcer (20  
cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),*

*Comfeel Plus Ulcer (4  
cm x 6 cm - 24 cm<sup>2</sup>),*

*Cutinova hydro (10 cm  
x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*

*Cutinova hydro (15 cm  
x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>),*

*Cutinova hydro (5 cm x  
6 cm - 30 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF (10 cm  
x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF (15 cm  
x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF (15 cm  
x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF (20 cm  
x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF (20 cm  
x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>),*

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)*

*DuoDERM CGF Border  
(Triangulaire 15 cm x 18  
cm - 99 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF Border  
(Triangulaire 20 cm x 23  
cm - 270 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF Extra-  
Mince (10 cm x 10 cm -  
100 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF Extra-  
Mince (10 cm x 15 cm -  
118 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF Extra-  
Mince (15 cm x 15 cm -  
225 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF Extra-  
Mince (5 cm x 10 cm -  
50 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF Extra-  
Mince (5 cm x 20 cm -  
100 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF Extra-  
Mince (7,5 cm x 7,5 cm  
- 56 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF Extra-  
Mince (Sacrum 15 cm x  
18 cm - 216 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM Signal (10  
cm x 10 cm - 94 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM Signal (14  
cm x 14 cm - 188 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM Signal (20  
cm x 20 cm - 388 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM Signal  
(Sacrum 20 cm x 23 cm  
- 258 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM Signal  
(Triangulaire 15 cm x 18  
cm - 216 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM Signal  
(Triangulaire 20 cm x 23  
cm - 322 cm<sup>2</sup>),*

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

(Suite)

Exuderm OdorShield  
(10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
Exuderm OdorShield  
Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm<sup>2</sup>),  
Nu-Derm Hydrocolloid  
Border (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
Nu-Derm Hydrocolloid  
Border (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>),  
Nu-Derm Hydrocolloid  
Border (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>),  
Nu-Derm Hydrocolloid  
Border (Sacrum 18 cm x 18 cm - 135 cm<sup>2</sup>),  
Nu-Derm Hydrocolloid  
Standard (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
Nu-Derm Hydrocolloid  
Standard (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>),  
Nu-Derm Hydrocolloid  
Thin (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>),  
Tegaderm 3M-  
Pansement  
hydrocolloïde (10 cm x 10 cm - 100cm<sup>2</sup>),  
Tegaderm 3M-  
Pansement  
hydrocolloïde (15 cm x 15 cm - 225cm<sup>2</sup>),  
Tegaderm 3M-  
Pansement  
hydrocolloïde mince  
10cm x 10cm-100cm<sup>2</sup>,  
Ulttec (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm<sup>2</sup>),  
Ulttec (15,2 cm x 20,3 cm - 309 cm<sup>2</sup>),

### DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

(Voir page suivante)

## Médicaments

## Codes et indications

(Suite)

Ultec (20,3 cm x 20,3 cm - 412 cm<sup>2</sup>)

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

## Médicaments

## Codes et indications

### pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane

*DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm<sup>2</sup>),*

*DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm<sup>2</sup>),*

*Tegaderm 3M-Pansement*

*hydrocolloïde (10 cm x 12 cm - 50 cm<sup>2</sup>),*

*Tegaderm 3M-Pansement*

*hydrocolloïde (13 cm x 15 cm - 94 cm<sup>2</sup>),*

*Tegaderm 3M-Pansement*

*hydrocolloïde (17 cm x 20 cm - 187cm<sup>2</sup>),*

*Tegaderm 3M-Pansement*

*hydrocolloïde 16,1cm x 17,1cm-172cm<sup>2</sup>,*

*Tegaderm 3M-Pansement*

*hydrocolloïde mince 10cm x 12cm-63cm<sup>2</sup>,*

*Tegaderm 3M-Pansement*

*hydrocolloïde mince 13cm x15cm-94cm<sup>2</sup>,*

*Tegaderm 3M-Pansement*

*hydrocolloïde mince 13cm x15cm-94cm<sup>2</sup>,*

### DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

(Suite)

Tegaderm 3M-  
Pansement  
hydrocolloïde mince  
17cm x 20cm-187cm<sup>2</sup>

**DE101**

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

*Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 6 mois

Médicaments	Codes et indications
<p><b>pansement interface - polyamide ou silicone</b></p> <p><i>Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm<sup>2</sup>), Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>), Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm<sup>2</sup>), Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm<sup>2</sup>), Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm<sup>2</sup>, Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm<sup>2</sup>, Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm<sup>2</sup></i></p>	<p><b>DE107</b></p> <p>Pour faciliter le traitement des personnes souffrant de brûlures graves très douloureuses;</p> <p><i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i></p> <p>Période d'autorisation : 6 mois</p>
<p><b>pimécrolimus</b></p> <p><i>Elidel</i></p>	<p><b>DE56</b></p> <p>Pour le traitement de la dermatite atopique chez les <b>enfants</b> lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique;</p>
<p><b>tacrolimus Pom. Top.</b></p> <p><i>Protopic</i></p>	<p><b>DE56</b></p> <p>Pour le traitement de la dermatite atopique chez les <b>enfants</b> lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique;</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)***tacrolimus**  
**Pom. Top.***Protopic***DE57**

Pour le traitement de la dermatite atopique chez l'**adulte**, lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance intermédiaire ou plus, ou bien lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance faible au visage;

**trétinoïne**  
**Cr. Top.***Retin-A,**Stieva-A,**Stieva-A Forte***DE20**

Pour le traitement de l'acné;

*Note : Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.*

**DE21**

Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

*Note : À titre d'exemples , la dermatite séborrhéique, les folliculites, la kératose actinique et les verrues sont considérées.*

*Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.*

## Médicaments

## Codes et indications

**trétinoïne****Gel Top.***Retin-A,**Stieva-A,**Vitamin A Acid Gel,**Vitamin A Acid Gel**Doux***DE20**

Pour le traitement de l'acné;

*Note : Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.*

**DE21**

Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

*Note : À titre d'exemples , la dermatite séborrhéique, les folliculites, la kératose actinique et les verrues sont considérées.*

*Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.*

Médicaments	Codes et indications
<p><b>gliclazide</b>  <i>Apo-Gliclazide,  Diamicron,  Diamicron MR,  Gliclazide,  Gliclazide MR,  Gliclazide-80,  Mylan-Gliclazide,  Novo-Gliclazide</i></p>	<p><b>EN23</b></p> <p>Lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace;</p> <p><b>EN24</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques non insulinodépendantes présentant une insuffisance rénale;</p>
<p><b>glimépiride</b>  <i>Amaryl,  Apo-Glimepiride,  Novo-Glimepiride,  Sandoz Glimepiride,  ratio-Glimepiride</i></p>	<p><b>EN23</b></p> <p>Lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace;</p>
<p><b>insuline aspart/  insuline aspart  protamine</b>  <i>NovoMix30</i></p>	<p><b>EN22</b></p> <p>Pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un pré-mélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie;</p>
<p><b>insuline lispro/  insuline lispro  protamine</b>  <i>Humalog Mix 25,  Humalog Mix 25  KwikPen</i></p>	<p><b>EN22</b></p> <p>Pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un pré-mélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie;</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>linagliptine/ metformine (chlorhydrate de)</b> <i>Jentadueto</i></p>	<p><b>EN150</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace; et</li> <li>● lorsque les doses quotidiennes de metformine sont stables depuis au moins trois mois;</li> </ul>
<p><b>mégésterol (acétate de)</b> <i>Megestrol</i></p>	<p><b>EN82</b></p> <p>Pour l'hormonothérapie de remplacement lors d'intolérance, d'inefficacité ou de contre-indication aux progestatifs oraux;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications tels que l'anorexie, la cachexie ou autre perte de poids induite par un cancer métastatique ou par le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p> <p><i>Pour l'indication de paiement portant sur l'hormonothérapie du cancer du sein, de l'endomètre et de la prostate, veuillez vous référer à la section « Oncologie/ antinéoplasiques », code ON85.</i></p>

## Médicaments

## Codes et indications

**pioglitazone  
(chlorhydrate  
de)**

Actos,  
Apo-Pioglitazone,  
Auro-Pioglitazone,  
Co Pioglitazone,  
Jamp-Pioglitazone,  
Mint-Pioglitazone,  
Mylan-Pioglitazone,  
Novo-Pioglitazone,  
Pioglitazone,  
Pioglitazone HCl,  
Pro-Pioglitazone,  
Ran-Pioglitazone,  
Sandoz Pioglitazone,  
Zym-Pioglitazone,  
phl-Pioglitazone,  
pms-Pioglitazone,  
ratio-Pioglitazone

**EN117**

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 présentant une insuffisance rénale;

*À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.*

**EN118**

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **en association avec la metformine**, lorsqu'une sulfonyleurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;

*À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.*

**EN119**

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **en association avec une sulfonyleurée**, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;

*À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.*

*(Voir page suivante)*

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>pioglitazone (chlorhydrate de)</b>  <i>Actos,                      Apo-Pioglitazone,                      Auro-Pioglitazone,                      Co Pioglitazone,                      Jamp-Pioglitazone,                      Mint-Pioglitazone,                      Mylan-Pioglitazone,                      Novo-Pioglitazone,                      Pioglitazone,                      Pioglitazone HCl,                      Pro-Pioglitazone,                      Ran-Pioglitazone,                      Sandoz Pioglitazone,                      Zym-Pioglitazone,                      phi-Pioglitazone,                      pms-Pioglitazone,                      ratio-Pioglitazone</i></p>	<p><b>EN120</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, <b>en association avec la metformine et une sulfonylurée</b>, lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;</p> <p><i>À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.</i></p> <p><b>EN121</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;</p> <p><i>À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.</i></p>
<p><b>répaglinide</b>  <i>Apo-Repaglinide,                      Co Repaglinide,                      GlucoNorm,                      Sandoz Repaglinide,                      pms-Repaglinide</i></p>	<p><b>EN24</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques non insulinodépendantes présentant une insuffisance rénale;</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)***répaglinide**

*Apo-Repaglinide,  
Co Repaglinide,  
GlucoNorm,  
Sandoz Repaglinide,  
pms-Repaglinide*

**EN25**

Lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;

**rosiglitazone  
(maléate de)**

*Avandia*

**EN117**

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 présentant une insuffisance rénale;

*À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.*

**EN118**

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **en association avec la metformine**, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;

*À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.*

**EN119**

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **en association avec une sulfonylurée**, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)***rosiglitazone  
(maléate de)***Avandia*

*À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.*

**EN120**

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **en association avec la metformine et une sulfonylurée**, lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;

*À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.*

**EN121**

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;

*À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.*

## Médicaments

## Codes et indications

**rosiglitazone  
(maléate de)/  
metformine  
( chlorhydrate  
de)**

*Avandamet*

**EN81**

Chez les personnes diabétiques de type 2 sous traitement avec la metformine et une thiazolidinedione et dont les doses quotidiennes sont stables depuis au moins trois mois;

Les personnes doivent répondre également aux exigences de l'indication reconnue pour le paiement des thiazolidinediones;

**saxagliptine**

*Onglyza*

**EN148**

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **en association avec la metformine**, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;

Note : L'utilisation de la saxagliptine en **monothérapie** ou en **association avec un agent antidiabétique autre que la metformine ou une sulfonylurée** ne fait pas partie des indications donnant droit au paiement. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code « XX » sur l'ordonnance pour aviser le pharmacien que cette ordonnance ne peut être codifiée.

Toutefois, si la situation de la personne assurée répond aux exigences de la mesure du patient d'exception, une demande peut être transmise à la Régie au moyen du  
*(Voir page suivante)*

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>saxagliptine</b> <i>Onglyza</i></p>	<p>formulaire n° 3996, Mesure du patient d'exception – Demande d'autorisation de paiement, dûment rempli.</p> <p><b>EN149</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 <b>en association avec une sulfonylurée</b>, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;</p> <p>Note : L'utilisation de la saxagliptine en <b>monothérapie</b> ou en <b>association avec un agent antidiabétique autre que la metformine ou une sulfonylurée</b> ne fait pas partie des indications donnant droit au paiement. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code « XX » sur l'ordonnance pour aviser le pharmacien que cette ordonnance ne peut être codifiée.</p> <p>Toutefois, si la situation de la personne assurée répond aux exigences de la mesure du patient d'exception, une demande peut être transmise à la Régie au moyen du formulaire n° 3996, Mesure du patient d'exception – Demande d'autorisation de paiement, dûment rempli.</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>saxagliptine/ metformine (chlorhydrate de)</b> <i>Komboglyze</i></p>	<p><b>EN150</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace; et</li><li>● lorsque les doses quotidiennes de metformine sont stables depuis au moins trois mois;</li></ul>
<p><b>sitagliptine/ metformine</b> <i>Janumet</i></p>	<p><b>EN150</b></p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace; et</li><li>● lorsque les doses quotidiennes de metformine sont stables depuis au moins trois mois;</li></ul>

# Système gastro-intestinal - GI

Médicaments	Codes et indications
<p><b>bisacodyl</b> <i>Bisacodyl-Odan, Jamp-Bisacodyl, Jamp-Bisacodyl Suppository, pms-Bisacodyl</i></p>	<p><b>GI27</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p><b>citrate de sodium/ laurylsulfoacétate de sodium/ sorbitol</b> <i>MicroLax</i></p>	<p><b>GI27</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p><b>docusate de calcium</b> <i>Calax, Docusate Calcium, Jamp-Docusate Calcium, Novo-Docusate Calcium, pms-Docusate-Calcium</i></p>	<p><b>GI27</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>docusate de sodium</b>  <i>Apo-Docusate Sodium,</i>  <i>Docusate Sodique,</i>  <i>Docusate de Sodium,</i>  <i>Docusate sodium,</i>  <i>Euro-Docusate,</i>  <i>Euro-Docusate C,</i>  <i>Jamp-Docusate Sodium,</i>  <i>Novo-Docusate,</i>  <i>Selax,</i>  <i>Soflax,</i>  <i>phl-Docusate Sodium,</i>  <i>pms-Docusate,</i>  <i>pms-Docusate Sodium,</i>  <i>ratio-Docusate Sodium</i></p>	<p><b>GI27</b>            Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b>            Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p><b>glycérine Supp.</b></p>	<p><b>GI27</b>            Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b>            Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p><b>huile minérale</b>  <i>Fleet Huileux,</i>  <i>Huile Minérale</i></p>	<p><b>GI27</b>            Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

# Système gastro-intestinal - GI

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>huile minérale</b> <i>Fleet Huileux, Huile Minérale</i></p>	<p><b>GI28</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p><b>lactulose</b> <i>Apo-Lactulose, Euro-Lac, Jamp-Lactulose, Lactulose, Teva Lactulose, pms-Lactulose, ratio-Lactulose</i></p>	<p><b>GI27</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p> <p><b>GI29</b></p> <p>Pour la prévention et le traitement de l'encéphalopathie hépatique;</p>
<p><b>magnésium (hydroxyde de)</b> <i>Lait de Magnésie</i></p>	<p><b>GI27</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b></p> <p>Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium</b> <i>Fleet, Fleet Pédiatrique</i></p>	<p><b>GI27</b> Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b> Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p><b>polyéthylène glycol</b> <i>Emolax, Lax-A-Day, Peg 3350, PegaLAX (14 sachets de 17 grammes), Relaxa</i></p>	<p><b>GI27</b> Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b> Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p><b>polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)</b> <i>Jamplyte (280g), PegLyte (280 g), PegLyte (sachet de 70 g)</i></p>	<p><b>GI27</b> Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p><b>GI28</b> Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>

# Système gastro-intestinal - GI

Médicaments	Codes et indications
<b>psyllium (mucilage de)</b>	<b>GI27</b> Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie; <b>GI28</b> Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament; <b>GI30</b> Pour le traitement de la diarrhée chronique;
<b>sennosides A &amp; B</b> <i>Bio-Sennosides, Euro-Senna, Jamp-Senna, Jamp-Sennaquil, Jamp-Sennosides Enrobé, M-Sennosides, Opus Senna, Riva-Senna, Sennatab, Sennosides, Senokot, phi-Sennosides, pms-Sennosides</i>	<b>GI27</b> Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie; <b>GI28</b> Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

Médicaments	Codes et indications
<p><b>fésotérodine (fumarate de)</b> <i>Toviaz</i></p>	<p><b>GU33</b></p> <p>Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tol�r�e, contre-indiqu�e ou inefficace;</p>
<p><b>oxybutynine Timbre cut.</b> <i>Oxytrol</i></p>	<p><b>GU32</b></p> <p>Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine � libération immédiate est mal tol�r�e;</p>
<p><b>oxybutynine (chlorure d')</b> <b>Co. L.A.</b> <i>Ditropan XL</i></p>	<p><b>GU32</b></p> <p>Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine � libération immédiate est mal tol�r�e;</p>
<p><b>solifénacine (succinate de)</b> <i>Vesicare</i></p>	<p><b>GU33</b></p> <p>Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tol�r�e, contre-indiqu�e ou inefficace;</p>
<p><b>toltérodine (l- tartrate de)</b> <i>Detrol, Detrol LA</i></p>	<p><b>GU33</b></p> <p>Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tol�r�e, contre-indiqu�e ou inefficace;</p>

## Systeme génito-urinaire - GU

Médicaments	Codes et indications
<p><b>tropium (chlorure de)</b> <i>Trosec</i></p>	<p><b>GU33</b></p> <p>Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace;</p>

Médicaments	Codes et indications
<b>cétrorélix</b> <i>Cetrotide</i>	<b>GY147</b> Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;
<b>choriogonadotro pine alpha</b> <i>Ovidrel</i>	<b>GY147</b> Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;
<b>estradiol-17B</b> <i>Climara -100,</i> <i>Climara -50,</i> <i>Climara-25,</i> <i>Climara-75,</i> <i>Estradot,</i> <i>Estrogel,</i> <i>Oesclim 25,</i> <i>Oesclim 50,</i> <i>Sandoz Estradiol Derm 100,</i> <i>Sandoz Estradiol Derm 50,</i> <i>Sandoz Estradiol Derm 75</i>	<b>GY34</b> Chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique;
<b>estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)</b> <i>Estalis 140/50,</i> <i>Estalis 250/50</i>	<b>GY35</b> Chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes ou de progestatifs par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique;

Médicaments	Codes et indications
<p><b>estradiol-17B/ lévonorgestrel</b> <i>Climara Pro</i></p>	<p><b>GY35</b></p> <p>Chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes ou de progestatifs par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique;</p>
<p><b>follitrophine alpha</b> <i>Gonal-f</i></p>	<p><b>GY147</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;</p>
<p><b>follitropine bêta</b> <i>Puregon</i></p>	<p><b>GY147</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;</p>
<p><b>ganirelix</b> <i>Orgalutran</i></p>	<p><b>GY147</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;</p>
<p><b>gonadotrophine chorionique</b> <i>Gonadotrophine Chorionique, Pregnyl</i></p>	<p><b>GY147</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>gonadotrophine s</b> <i>Menopur, Repronex</i></p>	<p><b>GY147</b> Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;</p>
<p><b>progestérone Co. Vag. (eff.)</b> <i>Endometrin</i></p>	<p><b>GY147</b> Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;</p>
<p><b>progestérone Gel vag. (App.)</b> <i>Crinone</i></p>	<p><b>GY147</b> Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;</p>
<p><b>progestérone micronisée Caps.</b> <i>Prometrium</i></p>	<p><b>GY36</b> Pour les personnes ne pouvant recevoir l'<b>acétate de médroxyprogestérone</b> en raison d'une intolérance importante.</p> <p>Note : L'usage de la progestérone micronisée en première intention, sans l'essai préalable d'acétate de médroxyprogestérone, ne correspond pas à l'indication de paiement. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code « XX » sur l'ordonnance pour aviser le pharmacien que cette ordonnance ne peut être codifiée.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>progestérone micronisée</b></p> <p><b>Caps.</b></p> <p><i>Prometrium</i></p>	<p>Toutefois, si la situation de la personne assurée répond aux exigences de la mesure du patient d'exception, une demande peut être transmise à la Régie au moyen du formulaire Mesure du patient d'exception - Demande d'autorisation de paiement n° 3996 dûment rempli.</p>
<p><b>urofollitropine</b></p> <p><i>Bravelle</i></p>	<p><b>GY147</b></p> <p>Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;</p>

## Médicaments

## Codes et indications

**filgrastim***Neupogen***HE129**

Pour le traitement des personnes :

- ◆ recevant des cycles de chimiothérapie **moyennement** ou **hautement myélosuppressive** ( $\geq 40$  p. cent de risque de neutropénie fébrile);
- ◆ à **risque** de développer une neutropénie grave lors de chimiothérapie;
- ◆ ayant déjà souffert d'une **neutropénie grave** (numération des **neutrophiles inférieure à  $0,5 \times 10^9/L$** ) lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de la dose d'antinéoplasiques n'est pas appropriée lors des cycles subséquents de chimiothérapie;
- ◆ ayant déjà souffert d'une **neutropénie** (numération de **neutrophiles inférieure à  $1,5 \times 10^9/L$** ) lors des premiers cycles d'une chimiothérapie à visée curative et pour lesquelles une réduction de dose ou un retard dans le plan d'administration de la chimiothérapie ne sont pas acceptables lors des cycles subséquents de chimiothérapie;
- ◆ âgées de **moins de 18 ans**, atteintes d'une tumeur solide et qui reçoivent une chimiothérapie;

*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

(Suite)

**filgrastim**

*Neupogen*

### HE130

Pour les personnes qui requièrent un traitement dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- ◆ aplasie médullaire grave (numération des neutrophiles inférieure à  $0,5 \times 10^9/L$ ) en attente d'un traitement curatif par une greffe de moelle osseuse ou par le sérum antithymocytes;
- ◆ stimulation de la moelle osseuse chez le receveur en vue d'une autogreffe;
- ◆ neutropénie chronique congénitale, héréditaire, idiopathique ou cyclique ayant une numération des neutrophiles inférieure à  $0,5 \times 10^9/L$ ;
- ◆ neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à  $0,5 \times 10^9/L$ ) et infectée par le VIH;
- ◆ leucémie myéloïde aiguë;

## Médicaments

## Codes et indications

**denosumab**  
**Sol. Inj. S.C.**  
**(ser)**  
**60 mg/mL**  
*Prolia*

### **MS153**

Pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate **oral** en raison d'une **intolérance sérieuse ou d'une contre-indication**.

Note : Le traitement de l'ostéoporose chez l'**homme** ou le traitement de l'ostéoporose chez la femme ayant présenté un **échec** thérapeutique à un biphosphonate **oral** ne satisfont pas aux indications de paiement. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code « XX » sur l'ordonnance pour aviser le pharmacien que cette ordonnance ne peut être codifiée.

Toutefois, si la situation de la personne assurée répond aux exigences de la mesure du patient d'exception, une demande peut être transmise à la Régie au moyen du formulaire Mesure du patient d'exception - Demande d'autorisation de paiement n° 3996 dûment rempli.

**léflunomide**  
*Apo-Leflunomide,*  
*Arava,*  
*Leflunomide,*  
*Mylan-Leflunomide,*  
*Novo-Leflunomide,*  
*Sandoz Leflunomide,*  
*phi-Leflunomide,*  
*pms-Leflunomide*

### **MS37**

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde pour les personnes chez qui le méthotrexate est inefficace, contre-indiqué ou non toléré;

## Médicaments

## Codes et indications

zolédronique  
(acide)

Sol. Perf. I.V.  
5 mg/ 100 mL

*Aclasta*

### MS153

Pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate **oral** en raison d'une **intolérance sérieuse ou d'une contre-indication**.

Note : Le traitement de l'ostéoporose chez l'**homme** ou le traitement de l'ostéoporose chez la femme ayant présenté un **échec** thérapeutique à un biphosphonate **oral** ne satisfont pas aux indications de paiement. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code « XX » sur l'ordonnance pour aviser le pharmacien que cette ordonnance ne peut être codifiée.

Toutefois, si la situation de la personne assurée répond aux exigences de la mesure du patient d'exception, une demande peut être transmise à la Régie au moyen du formulaire Mesure du patient d'exception - Demande d'autorisation de paiement n° 3996 dûment rempli.

### MS154

Pour le traitement de la maladie de Paget.

## Médicaments

## Codes et indications

**fludarabine  
(phosphate de)***Fludara***ON83**

Pour le traitement des personnes souffrant de leucémie lymphoïde chronique qui n'ont pas répondu ou sont intolérantes à une chimiothérapie de première intention;

**ON84**

Pour le traitement des personnes souffrant de lymphome non hodgkinien de faible malignité ou de macroglobulinémie de Waldenström, lors d'échec, d'intolérance ou de contre-indication à une chimiothérapie de deuxième intention soit le CAP (cyclophosphamide, doxorubicine et prednisone), le CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone) et le CVP (cyclophosphamide, vincristine et prednisone);

**mégestrol  
(acétate de)***Megestrol***ON85**

Pour l'hormonothérapie du cancer du sein, de l'endomètre et de la prostate;

*Note : Les diagnostics ou les justifications tels que l'anorexie, la cachexie ou autre perte de poids induite par un cancer métastatique ou par le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ne satisfont pas aux indications de paiement.*

*Pour l'indication de paiement portant sur l'hormonothérapie de remplacement lors d'intolérance, d'inefficacité ou de contre-indication aux progestatifs oraux, veuillez vous référer à la section « Endocrinologie », code EN82.*

Médicaments	Codes et indications
<p><b>carboxyméthylc ellulose sodique</b> <i>Celluvisc, Refresh plus</i></p>	<p><b>OP40</b></p> <p>Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;</p> <p><i>Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p><b>carboxyméthylc ellulose sodique/ purite</b> <i>Refresh tears</i></p>	<p><b>OP40</b></p> <p>Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;</p> <p><i>Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité</i> <i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>carboxyméthylcellulose sodique/ purite</b> <i>Refresh tears</i></p>	<p><i>et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p><b>diclofénac sodique</b> <b>Sol. Oph.</b> <i>Voltaren Ophtha</i></p>	<p><b>OP38</b></p> <p>Pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués;</p>
<p><b>hydroxypropylméthylcellulose</b> <i>Isopto Tears</i></p>	<p><b>OP40</b></p> <p>Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;</p> <p><i>Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>hydroxypropylm éthylcellulose/ dextran 70</b> <i>Tears Naturale, Tears Naturale II</i></p>	<p><b>OP40</b></p> <p>Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;</p> <p><i>Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p><b>kétorolac (trométhamine de)</b> <i>Acular, Acuvail, ratio-Kétorolac</i></p>	<p><b>OP38</b></p> <p>Pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués;</p>
<p><b>latanoprost/ timolol (maléate de)</b> <i>GD-Latanoprost/ Timolol, Sandoz Latanoprost/ Timolol, Xalacom</i></p>	<p><b>OP39</b></p> <p>Pour le contrôle de la pression intraoculaire lorsque l'usage d'un antiglaucomateux en monothérapie est insuffisant;</p>

## Médicaments

## Codes et indications

**paraffine/huile  
minérale**

*Lacrilube,  
Tears Naturele*

**OP40**

Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;

*Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.*

**polyvinylique  
(alcool)**

*Refresh*

**OP40**

Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;

*Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou*  
(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i>  <b>polyvinylique                      (alcool)</b>  <i>Refresh</i></p>	<p>« diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.</p>
<p><b>travoprost/                      timolol (maléate                      de)</b>  <i>DuoTrav</i></p>	<p><b>OP39</b></p> <p>Pour le contrôle de la pression intraoculaire lorsque l'usage d'un antiglaucomateux en monothérapie est insuffisant;</p>
<p><b>vertéporfine</b>  <i>Visudyne</i></p>	<p><b>OP102</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge avec néovascularisation chez les personnes présentant une atteinte de 50% ou plus de la surface maculaire;</li> <li>◆ Pour le traitement de la myopie pathologique avec néovascularisation;</li> <li>◆ Pour le traitement du syndrome d'histoplasiose oculaire présumé avec néovascularisation;</li> </ul>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>dornase alfa</b> <i>Pulmozyme</i></p>	<p><b>RE43</b></p> <p>Lors d'initiation du traitement chez des personnes de plus de 5 ans atteintes de fibrose kystique dont la capacité vitale forcée est plus de 40 p.cent de la valeur prédite;</p> <p>Période d'autorisation : 3 mois</p> <p><b>RE44</b></p> <p>Lors d'un traitement de maintien, chez les personnes pour lesquelles une amélioration ou une stabilisation de l'état clinique est observée lors de l'utilisation de la dornase alfa. La durée d'autorisation est de 12 mois;</p>
<p><b>formotérol dihydraté (fumarate de) / budésonide</b> <i>Symbicort 100 Turbuhaler, Symbicort 200 Turbuhaler</i></p>	<p><b>RE41</b></p> <p>Pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation;</p> <p><b>RE42</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pour le traitement des personnes souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave pour lesquelles le contrôle des symptômes n'est pas atteint malgré l'utilisation en inhalation d'un agoniste <math>\beta_2</math> à courte action, d'un agoniste <math>\beta_2</math> à longue action et d'un anticholinergique;</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>formotérol dihydraté (fumarate de) / budésonide</b>  <i>Symbicort 100 Turbuhaler, Symbicort 200 Turbuhaler</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pour le traitement des personnes souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, qui ont présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation d'au moins un bronchodilatateur à longue action;</li> </ul> <p>Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, ou une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;</p>
<p><b>mométasone (furoate de) / formoterol dihydraté (fumarate de)</b>  <i>Zenhale</i></p>	<p><b>RE41</b></p> <p>Pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation;</p>
<p><b>multivitamines Caps. ou Co. Vit A 5000 UI - Vit D 400 UI et autres</b></p>	<p><b>RE131</b></p> <p>Pour les personnes souffrant de <b>fibrose kystique</b>;</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>multivitamines Caps. ou Co. Vit A 5000 UI - Vit D 400 UI et autres</b></p>	<p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications liés à l'utilisation de ce produit pour prévenir ou traiter des carences vitaminiques associées à une maladie <b>autre que la fibrose kystique</b>, ou encore pour servir de supplément alimentaire, ne satisfont pas à l'indication de paiement.</i></p>
<p><b>multivitamines Co. Croq. Vit A 5000 UI - Vit D 400 UI et autres</b></p>	<p><b>RE131</b></p> <p>Pour les personnes souffrant de <b>fibrose kystique</b>;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications liés à l'utilisation de ce produit pour prévenir ou traiter des carences vitaminiques associées à une maladie <b>autre que la fibrose kystique</b>, ou encore pour servir de supplément alimentaire, ne satisfont pas à l'indication de paiement.</i></p>
<p><b>salbutamol (sulfate de) Pd. pour Inh. <i>Ventolin Diskus</i></b></p>	<p><b>RE112</b></p> <p>Pour le traitement des personnes présentant de la difficulté à utiliser un dispositif d'inhalation autre que le dispositif Diskus<sup>MC</sup>;</p> <p><b>RE113</b></p> <p>Pour le traitement des personnes qui reçoivent déjà un autre médicament au moyen du dispositif Diskus<sup>MC</sup>;</p>

## Médicaments

## Codes et indications

### salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)

*Advair 100 Diskus,  
Advair 125,  
Advair 250,  
Advair 250 Diskus,  
Advair 500 Diskus*

### RE41

Pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation;

### RE42

- ◆ Pour le traitement des personnes souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave pour lesquelles le contrôle des symptômes n'est pas atteint malgré l'utilisation en inhalation d'un agoniste  $\beta_2$  à courte action, d'un agoniste  $\beta_2$  à longue action et d'un anticholinergique;
- ◆ Pour le traitement des personnes souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, qui ont présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation d'au moins un bronchodilatateur à longue action;

Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de  
*(Voir page suivante)*

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)***salmétérol  
(xinafoate de)/  
fluticasone  
(propionate de)***Advair 100 Diskus,**Advair 125,**Advair 250,**Advair 250 Diskus,**Advair 500 Diskus*

corticostéroïdes oraux, ou une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;

Médicaments	Codes et indications
<p><b>amphétamine (sels mixtes d')</b> <i>Adderall XR</i></p>	<p><b>SN103</b></p> <p>Pour le traitement des <b>enfants</b> et des <b>adolescents</b> avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie;</p> <p>Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.</p> <p><b>SN132</b></p> <p>Pour le traitement des <b>adultes</b> avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie;</p> <p>Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.</p>
<p><b>anéthole trithione</b> <i>Sialor</i></p>	<p><b>SN45</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de xérostomie grave;</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>bétahistine (dichlorhydrate de)</b> <i>Co Betahistine, Novo-Betahistine, Serc</i></p>	<p><b>SN92</b></p> <p>Pour réduire la sévérité des vertiges d'origine périphérique;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications tels que les vertiges d'origine centrale ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p><b>buprénorphine/ naloxone</b> <i>Mylan-Buprenorphine/ Naloxone, Suboxone</i></p>	<p><b>SN114</b></p> <p>Pour le traitement substitutif de la dépendance aux opioïdes lors d'un échec, d'une intolérance ou d'une contre-indication à la méthadone;</p> <p><b>SN115</b></p> <p>Pour le traitement substitutif de la dépendance aux opioïdes lorsqu'un programme de maintien à la méthadone n'est pas disponible ou accessible;</p>
<p><b>cabergoline</b> <i>Co Cabergoline, Dostinex</i></p>	<p><b>SN46</b></p> <p>Pour le traitement de l'hyperprolactinémie chez les personnes pour qui la bromocriptine ou la quinagolide est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée;</p> <p><i>Note : Sans égard à l'indication de paiement énoncée ci-dessus, la cabergoline demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant (Voir page suivante)</i></p>

# Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>cabergoline</b> Co Cabergoline, Dostinex</p>	<p><i>utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 1<sup>er</sup> octobre 2007 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications reconnues prévues antérieurement.</i></p>
<p><b>codéine (phosphate de) Sir.</b> <i>Codéine</i></p>	<p><b>SN61</b></p> <p>Pour le traitement de la douleur chez les personnes qui ne peuvent recevoir les comprimés;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications tels que la toux ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p><b>diphenhydramine (chlorhydrate de)</b> <i>Jamp- Diphenhydramine, Nadryl 25, pms-Diphenhydramine</i></p>	<p><b>SN50</b></p> <p>Pour le traitement adjuvant de certains troubles psychiatriques;</p> <p><i>Note: Les diagnostics ou les justifications liés aux propriétés antihistaminiques, antiémétiques et antispasmodiques ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p> <p><b>SN51</b></p> <p>Pour le traitement adjuvant de la maladie de Parkinson;</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>diphenhydramin e (chlorhydrate de)</b></p> <p><i>Jamp- Diphenhydramine, Nadryl 25, pms-Diphenhydramine</i></p>	<p><i>Note: Les diagnostics ou les justifications reliés aux propriétés antihistaminiques, antiémétiques et antispasmodiques ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p><b>glatiramère (acétate de)</b></p> <p><i>Copaxone</i></p>	<p><b>SN133</b></p> <p>Pour le traitement des personnes ayant présenté une <b>première poussée clinique aiguë de démyélinisation</b> documentée.</p> <p>Au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique doivent démontrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● la présence de quatre lésions ou plus de la substance blanche, dont une lésion localisée dans le cervelet, le corps calleux ou dans la région périventriculaire,</li> </ul> <p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● que le diamètre d'une de ces lésions est de 6 mm ou plus.</li> </ul> <p>Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par <b>l'absence d'une nouvelle poussée clinique</b>.</p> <p>Les posologies autorisées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>30 mcg une fois par semaine pour l'Avonex<sup>MC</sup>;</b></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p>(Suite)</p> <p><b>glatiramère</b> (acétate de) <i>Copaxone</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>8 MUI aux deux jours pour le Betaseron<sup>MC</sup> et l'Extavia<sup>MC</sup>;</b></li> <li>- <b>Aucune restriction posologique pour Copaxone<sup>MC</sup>.</b></li> </ul> <p>Période d'autorisation : 12 mois</p> <p><b>SN134</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de <b>forme rémittente</b> ayant présenté <b>deux poussées ou plus</b> de la maladie au cours des <b>deux dernières années</b> et dont le résultat sur l'échelle <b>EDSS est inférieur à 7</b>.</p> <p>Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par <b>l'absence de détérioration</b> et aussi longtemps que le résultat sur l'échelle <b>EDSS est inférieur à 7</b>.</p> <p>Période d'autorisation : 6 mois initialement; 12 mois par la suite</p> <p><i>Note - Le délai accordé entre les deux poussées peut excéder deux ans, si les personnes concernées ont été préalablement traitées à l'aide d'un interféron bêta dans le cadre du traitement de la première poussée clinique aiguë avec démyélinisation documentée.</i></p>

## Médicaments

## Codes et indications

**interféron  
bêta-1A**

*Avonex PS,  
Avonex Pen,  
Rebif*

**SN134**

Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de **forme rémittente** ayant présenté **deux poussées ou plus** de la maladie au cours des **deux dernières années** et dont le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par **l'absence de détérioration** et aussi longtemps que le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

Période d'autorisation : 6 mois initialement; 12 mois par la suite

*Note - Le délai accordé entre les deux poussées peut excéder deux ans, si les personnes concernées ont été préalablement traitées à l'aide d'un interféron bêta dans le cadre du traitement de la première poussée clinique aiguë avec démyélinisation documentée.*

**SN135**

Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques **progressive secondaire**, dont le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

Les personnes qui commencent un traitement avec l'**Avonex<sup>MC</sup>** doivent présenter une sclérose  
(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>interféron bêta-1A</b>  <i>Avonex PS,                      Avonex Pen,                      Rebif</i></p>	<p>en plaques progressive secondaire <b>avec poussées cliniques.</b></p> <p>Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par <b>l'absence de détérioration</b> et aussi longtemps que le résultat sur l'échelle <b>EDSS est inférieur à 7.</b></p> <p>Les posologies autorisées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 mcg une fois par semaine pour l'<b>Avonex<sup>MC</sup></b>;</li> <li>- 22 mcg trois fois par semaine pour le <b>Rebif<sup>MC</sup></b>.</li> </ul> <p>Période d'autorisation : 12 mois</p>
<p><b>interféron bêta-1A</b>  <b>Sol. Inj. I.M.</b>  <i>Avonex PS,                      Avonex Pen</i></p>	<p><b>SN133</b></p> <p>Pour le traitement des personnes ayant présenté une <b>première poussée clinique aiguë de démyélinisation</b> documentée.</p> <p>Au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique doivent démontrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● la présence de quatre lésions ou plus de la substance blanche, dont une lésion localisée dans le cervelet, le corps calleux ou dans la région périventriculaire,</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>interféron bêta-1A</b>  <b>Sol. Inj. I.M.</b>  <i>Avonex PS,  Avonex Pen</i></p>	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● que le diamètre d'une de ces lésions est de 6 mm ou plus.</li> </ul> <p>Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par <b>l'absence d'une nouvelle poussée clinique.</b></p> <p>Les posologies autorisées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>30 mcg une fois par semaine pour l'Avonex<sup>MC</sup>;</b></li> <li>- <b>8 MUI aux deux jours pour le Betaseron<sup>MC</sup> et l'Extavia<sup>MC</sup>;</b></li> <li>- <b>Aucune restriction posologique pour Copaxone<sup>MC</sup>.</b></li> </ul> <p>Période d'autorisation : 12 mois</p>
<p><b>interféron bêta-1B</b>  <i>Betaseron,  Betaseron - Trousse de mise en route,  Extavia</i></p>	<p><b>SN133</b></p> <p>Pour le traitement des personnes ayant présenté une <b>première poussée clinique aiguë de démyélinisation</b> documentée.</p> <p>Au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique doivent démontrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● la présence de quatre lésions ou plus de la substance blanche, dont une lésion localisée dans le cervelet, le corps calleux ou dans la région périventriculaire,</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

## Médicaments

## Codes et indications

(Suite)

### interféron bêta-1B

Betaseron,  
Betaseron - Trousse de  
mise en route,  
Extavia

et

- que le diamètre d'une de ces lésions est de 6 mm ou plus.

Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par **l'absence d'une nouvelle poussée clinique.**

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- **30 mcg une fois par semaine pour l'Avonex<sup>MC</sup>;**
- **8 MUI aux deux jours pour le Betaseron<sup>MC</sup> et l'Extavia<sup>MC</sup>;**
- **Aucune restriction posologique pour Copaxone<sup>MC</sup>.**

Période d'autorisation : 12 mois

### SN134

Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de **forme rémittente** ayant présenté **deux poussées ou plus** de la maladie au cours des **deux dernières années** et dont le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7.**

Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par **l'absence de détérioration** et aussi longtemps que le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7.**

(Voir page suivante)

## Médicaments

## Codes et indications

*(Suite)*

### **interféron bêta-1B**

*Betaseron,  
Betaseron - Trousse de  
mise en route,  
Extavia*

Période d'autorisation : 6 mois initialement;  
12 mois par la suite

*Note - Le délai accordé entre les deux poussées peut excéder deux ans, si les personnes concernées ont été préalablement traitées à l'aide d'un interféron bêta dans le cadre du traitement de la première poussée clinique aiguë avec démyélinisation documentée.*

### **SN135**

Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques **progressive secondaire**, dont le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

Les personnes qui commencent un traitement avec l'**Avonex<sup>MC</sup>** doivent présenter une sclérose en plaques progressive secondaire **avec poussées cliniques**.

Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par **l'absence de détérioration** et aussi longtemps que le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- **30 mcg une fois par semaine pour l'Avonex<sup>MC</sup>**;

*(Voir page suivante)*

# Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>interféron bêta-1B</b> <i>Betaseron, Betaseron - Trousse de mise en route, Extavia</i></p>	<p>- <b>22 mcg trois fois par semaine pour le Rebif<sup>MC</sup>.</b></p> <p>Période d'autorisation : 12 mois</p>
<p><b>lacosamide</b> <i>Vimpat</i></p>	<p><b>SN156</b></p> <p>Pour le traitement adjuvant des personnes souffrant d'épilepsie partielle réfractaire, c'est-à-dire qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante à au moins <b>deux</b> antiépileptiques;</p>
<p><b>lisdexamfetamine (dimesylate de)</b> <b>Caps.</b> <i>Vyvanse</i></p>	<p><b>SN103</b></p> <p>Pour le traitement des <b>enfants</b> et des <b>adolescents</b> avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie;</p> <p>Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.</p> <p><b>SN132</b></p> <p>Pour le traitement des <b>adultes</b> avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la <i>(Voir page suivante)</i></p>

# Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>lisdexamfetamine (dimesylate de)</b>  <b>Caps.</b>  <i>Vyvanse</i></p>	<p>dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie;</p> <p>Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.</p>
<p><b>méthylphénidate (chlorhydrate de)</b>  <b>Caps. L.A.</b>  <i>Biphentin</i></p>	<p><b>SN103</b></p> <p>Pour le traitement des <b>enfants</b> et des <b>adolescents</b> avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie;</p> <p>Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.</p>
<p><b>méthylphénidate (chlorhydrate de)</b>  <b>Co. L.A. (12 h)</b>  <i>Concerta, Novo-Methylphenidate ER-C</i></p>	<p><b>SN103</b></p> <p>Pour le traitement des <b>enfants</b> et des <b>adolescents</b> avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie;</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

# Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>méthylphénidate (chlorhydrate de)</b> <b>Co. L.A. (12 h)</b> <i>Concerta, Novo-Methylphenidate ER-C</i></p>	<p>Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.</p> <p><b>SN132</b></p> <p>Pour le traitement des <b>adultes</b> avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie;</p> <p>Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.</p>
<p><b>modafinil</b> <i>Alertec, Modafinil</i></p>	<p><b>SN62</b></p> <p>Pour le traitement symptomatique de l'hypersomnolence diurne accompagnant la narcolepsie ou l'hypersomnie idiopathique ou post-traumatique lorsque le sulfate de dexamphétamine ou le méthylphénidate sont inefficaces, contre-indiqués ou non-tolérés;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications tels que le traitement des états de fatigue, du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, des symptômes résiduels de la dépression majeure ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>modafinil</b>  <i>Alertec,  Modafinil</i></p>	<p><b>SN63</b></p> <p>Pour le traitement d'appoint de l'hypersomnolence diurne secondaire au syndrome d'apnée ou d'hypopnée du sommeil persistant malgré l'usage d'un appareil à pression positive continue par voie nasale;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications tels que le traitement des états de fatigue, du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, des symptômes résiduels de la dépression majeure ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p><b>oxcarbazépine</b>  <i>Apo-Oxcarbazepine,  Trileptal</i></p>	<p><b>SN96</b></p> <p>Pour le traitement de l'épilepsie;</p> <p><b>SN97</b></p> <p>Pour les personnes présentant une intolérance, une contre-indication ou un échec à la carbamazépine;</p>
<p><b>palipéridone (palmitate de)</b>  <i>Invega Sustenna</i></p>	<p><b>SN94</b></p> <p>Pour la personne qui présente un problème d'observance avec la prise d'un <b>antipsychotique oral</b>;</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

# Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>palipéridone (palmitate de)</b> <i>Invega Sustenna</i></p>	<p><b>SN95</b></p> <p>Pour la personne chez qui l'administration d'un <b>antipsychotique injectable conventionnel</b> à action prolongée est inefficace ou mal toléré;</p>
<p><b>pilocarpine (chlorhydrate de)</b> <b>Co.</b> <i>Pilocarpine, Salagen</i></p>	<p><b>SN45</b></p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de xérostomie grave;</p>
<p><b>rasagiline (mésylate de)</b> <i>Azilect</i></p>	<p><b>SN116</b></p> <p>Pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson avec fluctuations motrices, malgré une dopathérapie;</p>
<p><b>riluzole</b> <i>Apo-Riluzole, Mylan-Riluzole, Rilutek</i></p>	<p><b>SN53</b></p> <p>Pour le traitement initial de la sclérose latérale amyotrophique chez les patients non trachéotomisés qui présentent des symptômes de la maladie depuis moins de 5 ans et une capacité vitale supérieure à 60 % de la valeur prédite.</p> <p>Période d'autorisation : 6 mois</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>riluzole</b>  <i>Apo-Riluzole,  Mylan-Riluzole,  Rilutek</i></p>	<p><b>SN55</b></p> <p>Pour la poursuite du traitement de la sclérose latérale amyotrophique en l'absence d'une trachéotomie.</p> <p>Période d'autorisation : 6 mois.</p>
<p><b>rispéridone</b>  <i>Risperdal Consta</i></p>	<p><b>SN94</b></p> <p>Pour la personne qui présente un problème d'observance avec la prise d'un <b>antipsychotique oral</b>;</p> <p><b>SN95</b></p> <p>Pour la personne chez qui l'administration d'un <b>antipsychotique injectable conventionnel</b> à action prolongée est inefficace ou mal toléré;</p>
<p><b>tizanidine (chlorhydrate de)</b>  <i>Apo-Tizanidine,  Mylan-Tizanidine,  Zanaflex</i></p>	<p><b>SN47</b></p> <p>Pour le traitement de la spasticité lorsque le baclofène est inefficace, contre-indiqué ou non toléré;</p>
<p><b>tocophéryle (acétate de dl-alpha)</b>  <i>Tocophéryle (acétate de dl-alpha)</i></p>	<p><b>SN52</b></p> <p>Pour la prévention et le traitement des manifestations neurologiques associées à la malabsorption de la vitamine E;</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

# Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>tocophéryle (acétate de dl- alpha)</b></p> <p><i>Tocophéryle (acétate de dl-alpha)</i></p>	<p><i>Note : À titre d'exemples, la fibrose kystique, les cholestases et la dérivation bilio-pancréatique sont des conditions médicales qui entraînent une malabsorption de la vitamine E.</i></p> <p><i>Les diagnostics ou les justifications reliés à l'usage dans le traitement de certaines maladies psychiatriques ou comme supplément à la diète pour son effet antioxydant ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>calcium (gluconate de)/ calcium (lactate de)</b>  <i>SoluCAL (toutes saveurs)</i></p>	<p><b>VA138</b>            Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;</p>
<p><b>calcium (gluconate de)/ calcium (lactate de)/vitamine D</b>  <i>SoluCAL D (toutes saveurs),            SoluCAL D Fort</i></p>	<p><b>VA138</b>            Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;</p>
<p><b>cyanocobalamine</b>  <b>Sol. Oral</b>  <i>Beduzil,            Jamp-Vitamine B12</i></p>	<p><b>VA159</b>            Pour les personnes souffrant d'une déficience en vitamine B12;</p>
<p><b>cyanocobalamine</b>  <b>Co. L.A.</b>  <i>Beduzil,            Jamp-Vitamine B12 L.A.</i></p>	<p><b>VA159</b>            Pour les personnes souffrant d'une déficience en vitamine B12;</p>
<p><b>formules nutritives - glucose polymérisé</b>  <i>Polycose</i></p>	<p><b>VA2</b>            Pour augmenter la teneur calorique de l'alimentation ou des autres formules nutritives;</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>formules nutritives - huile de coco fractionnée</b>  <i>Triglycérides à chaîne moyenne</i></p>	<p><b>VA5</b></p> <p>Pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne;</p>
<p><b>formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)</b>  <i>Alimentum,            Nutramigen,            Nutramigen A+,            Pregestimil,            Pregestimil A+</i></p>	<p><b>VA105</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pour les nourrissons et les enfants allergiques aux protéines intactes du lait. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition au lait doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation;</li> <li>◆ Pour les nourrissons et les enfants nécessitant une alimentation sans lactose lors de galactosémie;</li> <li>◆ Pour les nourrissons et les enfants souffrant de diarrhée persistante ou d'autres troubles gastro-intestinaux graves. Les résultats d'une réexposition au lait doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.</li> </ul> <p><i>Note : Toute demande d'autorisation touchant un enfant âgé de 12 mois et plus doit être transmise en utilisant le formulaire de médicament d'exception ou Internet et être accompagnée de l'information pertinente.</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>formules nutritives - lait écrémé/ huile de coco</b> <i>Portagen</i></p>	<p><b>VA5</b></p> <p>Pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne;</p>
<p><b>formules nutritives - monomériques</b> <i>Tolerex, Vivonex Plus, Vivonex Pédiatrique, Vivonex T.E.N.</i></p>	<p><b>VA98</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pour l'alimentation entérale ;</li> <li>◆ Pour l'alimentation orale chez les personnes nécessitant des formules nutritives monomériques ou des formules nutritives semi-élémentaires comme source de nutrition en présence de troubles de maldigestion grave ou de malabsorption grave et pour lesquelles les formules polymériques ne sont pas recommandées ou ne sont pas tolérées;</li> <li>◆ Pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale;</li> <li>◆ Pour les personnes souffrant de fibrose kystique;</li> </ul>

## Médicaments

## Codes et indications

### formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants)

EO28 Splash,  
Neocate avec DHA et  
ARA,  
Néocate Junior,  
Néocate junior avec  
fibres prébiotiques,  
PurAmino A+

### VA136

Pour les nourrissons ou les enfants souffrant de l'un ou l'autre des problèmes suivants :

- une allergie aux protéines intactes du lait;
- une allergie aux protéines de soya;
- une allergie à de multiples protéines alimentaires;
- une diarrhée persistante;
- un trouble gastro-intestinal grave;

et chez qui l'utilisation d'une formule à base d'hydrolysats de caséine n'a pas réussi à éliminer les symptômes;

*Note : Toute demande subséquente devra être faite en utilisant le formulaire de demande d'autorisation approprié.*

Période d'autorisation : 12 mois

### VA137

Pour les nourrissons ou les enfants ayant des troubles gastro-intestinaux majeurs, dont la cause confirmée est une **allergie aux protéines bovines** et dont l'état a nécessité une **hospitalisation**;

*(Voir page suivante)*

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants)</b></p> <p><i>EO28 Splash, Neocate avec DHA et ARA, Néocate Junior, Néocate junior avec fibres prébiotiques, PurAmino A+</i></p>	<p><i>Note : Toute demande subséquente devra être faite en utilisant le formulaire de demande d'autorisation approprié.</i></p> <p>Période d'autorisation : 12 mois</p>
<p><b>formules nutritives - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)</b></p> <p><i>Enfamil Enfacare A+, Similac Advance Neosure</i></p>	<p><b>VA104</b></p> <p>Pour les nourrissons dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 1 800 g ou qui sont nés après 34 semaines de grossesse ou moins. Dans ce cas, la durée maximale de l'autorisation sera jusqu'à l'âge corrigé d'un an, c'est-à-dire un an après la date prévue de la naissance;</p>
<p><b>formules nutritives - protéines</b></p> <p><i>Beneprotein</i></p>	<p><b>VA122</b></p> <p>Pour augmenter la teneur protéique des autres formules nutritives;</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><b>formules nutritives - semi-élémentaires</b></p> <p><i>Optimental, Peptamen, Peptamen 1.5, Peptamen AF, Peptamen Junior, Peptamen Junior 1.5, Peptamen avec Prebio 1, Perative, Vital H.N.</i></p>	<p><b>VA98</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pour l'alimentation entérale ;</li> <li>◆ Pour l'alimentation orale chez les personnes nécessitant des formules nutritives monomériques ou des formules nutritives semi-élémentaires comme source de nutrition en présence de troubles de maldigestion grave ou de malabsorption grave et pour lesquelles les formules polymériques ne sont pas recommandées ou ne sont pas tolérées;</li> <li>◆ Pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale;</li> <li>◆ Pour les personnes souffrant de fibrose kystique;</li> </ul>
<p><b>lanthane hydraté</b></p> <p><i>Fosrenol</i></p>	<p><b>VA109</b></p> <p>Comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave, lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphorémie <b>et qui ne reçoivent pas de lanthane hydraté, s'il s'agit d'une demande de sévéramer, et vice-versa.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>lanthane hydraté</b> <i>Fosrenol</i></p>	<p><i>Note : L'utilisation concomitante du lanthane hydraté et du sévéramer ne fait pas partie de l'indication de paiement.</i></p>
<p><b>magnésium (hydroxyde de)/aluminium (hydroxyde d')</b></p>	<p><b>VA59</b></p> <p>Comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications reliés à l'usage comme antiacide ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p><b>sévéramer (carbonate de)</b> <i>Renvela</i></p>	<p><b>VA109</b></p> <p>Comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave, lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphorémie <b>et qui ne reçoivent pas de lanthane hydraté, s'il s'agit d'une demande de sévéramer, et vice-versa.</b></p> <p><i>Note : L'utilisation concomitante du lanthane hydraté et du sévéramer ne fait pas partie de l'indication de paiement.</i></p>
<p><b>sévéramer (chlorhydrate de)</b> <i>Renagel</i></p>	<p><b>VA109</b></p> <p>Comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave, lorsqu'un</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p><b>sévélamer (chlorhydrate de)</b></p> <p><i>Renagel</i></p>	<p>sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphorémie <b>et qui ne reçoivent pas de lanthane hydraté, s'il s'agit d'une demande de sévélamer, et vice-versa.</b></p> <p><i>Note : L'utilisation concomitante du lanthane hydraté et du sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.</i></p>

## **Index des médicaments codifiés**



Aclasta, [zolédronique (acide)] 82  
 Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42  
 Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42  
 Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42  
 Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm<sup>2</sup>), [pansement anti-odeur - charbon activé] 49  
 Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement anti-odeur - charbon activé] 49  
 Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm<sup>2</sup>), [pansement anti-odeur - charbon activé] 49  
 Actos, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61  
 Acular, [kétorolac (trométhamine de)] 86  
 Acuvail, [kétorolac (trométhamine de)] 86  
 Adderall XR, [amphétamine (sels mixtes d')] 94  
**adéfovir dipivoxil**, 1  
 Advair 100 Diskus, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 92  
 Advair 125, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 92  
 Advair 250, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 92  
 Advair 250 Diskus, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 92  
 Advair 500 Diskus, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 92  
 Aggrenox, [dipyridamole/ acétylsalicylique (acide)] 18  
 Alertec, [modafinil] 106  
 Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28  
 Algisite M 30 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28  
 Algosteril (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Algosteril (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Algosteril (30 cm), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Algosteril (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Alimentum, [formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)] 112

#### **aliskirène**, 14

Alldress (10 cm x 10 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 36

Alldress (15 cm x 15 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 36

Alldress (15 cm x 20 cm - 150 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 36

Allevyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Allevyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Allevyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Allevyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Allevyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Allevyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47

Allevyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47

Allevyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47

Allevyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Allevyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Allevyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Allevyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Allevyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Allevyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Allevyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47

Allevyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47

Allevyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47

Allevyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Allevyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Allevyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Allevyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42

Allevyn Compression (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Compression (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Allevyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Allevyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Allevyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Allevyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 38

Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Plus Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Allevyn Plus Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Allevyn Plus Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Allevyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Thin (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Thin (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Thin (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Amaryl, [glimépiride] 59

**amlodipine (bésylate d')/ atorvastatine calcique**, 14

**amphétamine (sels mixtes d')**, 94

**anéthole trithione**, 94

**apixaban**, 15

Apo-Amlodipine-Atorvastatin, [amlodipine (bésylate d')/ atorvastatine calcique] 14

Apo-Clopidrogel, [clopidogrel (bisulfate de)] 15

Apo-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 69

Apo-Entecavir, [entécavir] 3

Apo-Gliclazide, [gliclazide] 59

Apo-Glimepiride, [glimépiride] 59

Apo-Lactulose, [lactulose] 70

Apo-Leflunomide, [léflunomide] 81

Apo-Oxcarbazepine, [oxcarbazépine] 107

Apo-Pentoxifylline SR, [pentoxifylline] 20

Apo-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61

Apo-Repaglinide, [répaglinide] 62  
Apo-Riluzole, [riluzole] 108  
Apo-Tizanidine, [tizanidine (chlorhydrate de)] 109  
Apo-Valganciclovir, [valganciclovir (chlorhydrate de)] 9  
Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42  
Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42  
Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42  
Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 42  
Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43  
Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43  
Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43  
Aquacel Ag foam (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43  
Aquacel Ag foam (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47  
Aquacel Ag foam (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43  
Aquacel Ag foam (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43  
Aquacel Ag foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47  
Aquacel Ag foam (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43  
Aquacel Ag foam (21 cm x 21 cm - 289 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47  
Aquacel Ag foam (25 cm x 30 cm - 456 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47  
Aquacel Ag foam (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43

Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Aquacel foam (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Aquacel foam (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 37

Aquacel foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 37

Aquacel foam (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Aquacel foam (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Aquacel foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 37

Aquacel foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 37

Aquacel foam (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Aquacel foam (21 cm x 21 cm - 289 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 37

Aquacel foam (25 cm x 30 cm - 456 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 37

Aquacel foam (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 28

Arava, [léflunomide] 81

Auro-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61

Avandamet, [rosiglitazone (maléate de)/ metformine (chlorhydrate de)] 65

Avandia, [rosiglitazone (maléate de)] 63

Avelox I.V., [moxifloxacin (chlorhydrate de)] 6

Avonex Pen, [interféron bêta-1A] 99, 100

Avonex PS, [interféron bêta-1A] 99, 100

**azélaïque (acide)**, 26

Azilect, [rasagiline (mésylate de)] 108

Baraclude, [entécavir] 3

Beduzil, [cyanocobalamine] 111

Beneprotein, [formules nutritives - protéines] 115

**béthistine (dichlorhydrate de)**, 95

Betaseron, [interféron bêta-1B] 101

Betaseron - Trousse de mise en route, [interféron bêta-1B] 101

Biatain (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Biatain Ag Adhesive (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47

Biatain Ag Adhesive (18 cm x 18 cm - 169 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47

Biatain Ag Adhesive (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47

Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43

Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43

Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43

Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43

Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43

Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43

Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Biatain Alginate (44 cm ou 1" X 17 1/2"), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43

Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47

Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 47

Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Biatain Soft-Hold (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Biatain Soft-Hold (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Biatain Soft-Hold (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Bio-Sennosides, [sennosides A & B] 72

Biphentin, [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 105

**bisacodyl**, 68

Bisacodyl-Odan, [bisacodyl] 68

Bravelle, [urofollitropine] 78

Brilinta, [ticagrélor] 25

**buprénorphine/naloxone**, 95

**cabergoline**, 95

Caduet, [amlodipine (bésylate d')/ atorvastatine calcique] 14  
Calax, [docusate de calcium] 68  
**calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)**, 26  
**calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)**, 111  
**calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D**, 111  
Candidas, [caspofongine (acétate de)] 2  
**carboxyméthylcellulose sodique**, 84  
**carboxyméthylcellulose sodique/ purite**, 84  
**caspofongine (acétate de)**, 2  
Celluvisc, [carboxyméthylcellulose sodique] 84  
**cétrorélix**, 75  
Cetrotide, [cétrorélix] 75  
**choriogonadotropine alpha**, 75  
**ciprofloxacine (chlorhydrate de)**, 2  
Ciprofloxacine Perfusion Intraveineuse, [ciprofloxacine (chlorhydrate de)] 2  
**citrate de sodium/ laurylsulfoacétate de sodium/ sorbitol**, 68  
Climara -100, [estradiol-17B] 75  
Climara-25, [estradiol-17B] 75  
Climara -50, [estradiol-17B] 75  
Climara-75, [estradiol-17B] 75  
Climara Pro, [estradiol-17B/lévonorgestrel] 76  
**clindamycine (phosphate de)**, 2, 3  
Clindesse, [clindamycine (phosphate de)] 3  
Clopidogrel, [clopidogrel (bisulfate de)] 15  
**clopidogrel (bisulfate de)**, 15  
Co Betahistine, [bétahistine (dichlorhydrate de)] 95  
Co Cabergoline, [cabergoline] 95  
Co Clopidogrel, [clopidogrel (bisulfate de)] 15  
Codéine, [codéine (phosphate de)] 96  
**codéine (phosphate de)**, 96  
**colésévélam (chlorhydrate de)**, 16  
**collagénase**, 26

Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Comfeel Plus Clear (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Comfeel Plus Clear (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Comfeel Plus Clear (5 cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Comfeel Plus Clear (9 cm x 14 cm - 126 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Comfeel Plus Triangle (18 cm x 20 cm - 180 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Concerta, [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 105

Copa (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Copa (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Copaxone, [glatiramère (acétate de)] 97

Co Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61

Co Repaglinide, [répaglinide] 62

Crinone, [progestérone] 77

Curafoam (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Curasalt (15 cm x 17 cm - 255 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 27

Curasorb 30 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Curasorb 60 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Curasorb 90 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 39

Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40

Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40

Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Cutinova hydro (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Cutinova hydro (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

Cutinova hydro (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50

**cyanocobalamine**, 111

**dabigatran etexilate**, 17

Dalacin C, [clindamycine (phosphate de)] 2

**denosumab**, 81

Detrol, [toltérodine (l-tartrate de)] 73

Detrol LA, [toltérodine (l-tartrate de)] 73

Diamicron, [gliclazide] 59

Diamicron MR, [gliclazide] 59

**diclofénac sodique**, 85  
Diflucan, [fluconazole] 4  
**diphenhydramine (chlorhydrate de)**, 96  
**dipyridamole/ acétylsalicylique (acide)**, 18  
Ditropan XL, [oxybutynine (chlorure d')] 73  
Docusate Calcium, [docusate de calcium] 68  
**docusate de calcium**, 68  
**docusate de sodium**, 69  
Docusate de Sodium, [docusate de sodium] 69  
Docusate Sodique, [docusate de sodium] 69  
Docusate sodium, [docusate de sodium] 69  
**dornase alfa**, 89  
Dostinex, [cabergoline] 95  
Dovobet, [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 26  
Dovobet Gel, [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 26  
DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50  
DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50  
DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50  
DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50  
DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 50  
DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 54  
DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 54  
DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 54

DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 51

DuoTrav, [travoprost/ timolol (maléate de)] 88

Effient, [prasugrel] 21

Elidel, [pimécrolimus] 56

Eliquis, [apixaban] 15

Emolax, [polyéthylène glycol] 71

Endometrin, [progestérone] 77

Enfamil Enfacare A+, [formules nutritives - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)] 115

**entécavir**, 3

EO28 Splash, [formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants)] 114

Estalis 140/50, [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)] 75

Estalis 250/50, [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)] 75

**estradiol-17B**, 75

**estradiol-17B/lévonorgestrel**, 76

**estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)**, 75

Estradot, [estradiol-17B] 75

EstroGel, [estradiol-17B] 75

Euro-Docusate, [docusate de sodium] 69

Euro-Docusate C, [docusate de sodium] 69

Euro-Lac, [lactulose] 70

Euro-Senna, [sennosides A & B] 72

Extavia, [interféron bêta-1B] 101

Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 52

Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 52

**ézétimibe**, 18

Ezetrol, [ézétimibe] 18

**fésotérodine (fumarate de)**, 73  
**filgrastim**, 79  
 Finacea, [azélaïque (acide)] 26  
 Fleet, [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium] 71  
 Fleet Huileux, [huile minérale] 69  
 Fleet Pédiatrique, [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium] 71  
**fluconazole**, 4  
 Fludara, [fludarabine (phosphate de)] 83  
**fludarabine (phosphate de)**, 83  
**follitrophine alpha**, 76  
**follitropine bêta**, 76  
**formotérol dihydraté (fumarate de )/ budésonide**, 89  
**formules nutritives - glucose polymérisé**, 111  
**formules nutritives - huile de coco fractionnée**, 112  
**formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)**, 112  
**formules nutritives - lait écrémé/ huile de coco**, 113  
**formules nutritives - monomériques**, 113  
**formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants)**, 114  
**formules nutritives - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)**, 115  
**formules nutritives - protéines**, 115  
**formules nutritives - semi-élémentaires**, 116  
 Fosrenol, [lanthane hydraté] 116  
**ganirelix**, 76  
 GD-Amlodipine/Atorvastatin, [amlodipine (bésylate d')/ atorvastatine calcique] 14  
 GD-Latanoprost/Timolol, [latanoprost/ timolol (maléate de)] 86  
**glatiramère (acétate de)**, 97  
**gliclazide**, 59  
 Gliclazide, [gliclazide] 59  
 Gliclazide-80, [gliclazide] 59  
 Gliclazide MR, [gliclazide] 59

**glimépiride**, 59  
GlucoNorm, [répaglinide] 62  
**glycérine**, 69  
**gonadotrophine chorionique**, 76  
Gonadotrophine Chorionique, [gonadotrophine chorionique] 76  
**gonadotrophines**, 77  
Gonal-f, [follitrophine alpha] 76  
Hepsera, [adéfovir dipivoxil] 1  
**huile minérale**, 69  
Huile Minérale, [huile minérale] 69  
Humalog Mix 25, [insuline lispro/ insuline lispro protamine] 59  
Humalog Mix 25 KwikPen, [insuline lispro/ insuline lispro protamine] 59  
**hydroxypropylméthylcellulose**, 85  
**hydroxypropylméthylcellulose/ dextran** 70, 86  
**insuline aspart/ insuline aspart protamine**, 59  
**insuline lispro/ insuline lispro protamine**, 59  
**interféron bêta-1A**, 99, 100  
**interféron bêta-1B**, 101  
Invega Sustenna, [palipéridone (palmitate de)] 107  
Iodosorb, [pansement antimicrobien - iode] 45  
Isopto Tears, [hydroxypropylméthylcellulose] 85  
Jamp-Bisacodyl, [bisacodyl] 68  
Jamp-Bisacodyl Suppository, [bisacodyl] 68  
Jamp-Diphenhydramine, [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 96  
Jamp-Docusate Calcium, [docusate de calcium] 68  
Jamp-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 69  
Jamp-Lactulose, [lactulose] 70  
Jamplyte (280g), [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)] 71  
Jamp-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61  
Jamp-Senna, [sennosides A & B] 72  
Jamp-Sennaquil, [sennosides A & B] 72  
Jamp-Sennosides Enrobé, [sennosides A & B] 72

Jamp-Vitamine B12, [cyanocobalamine] 111  
Jamp-Vitamine B12 L.A., [cyanocobalamine] 111  
Janumet, [sitagliptine/metformine] 67  
Jentaduetto, [linagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 60  
Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29  
Kaltostat 40 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29  
Kaltostat (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29  
Kaltostat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29  
**kétorolac (trométhamine de)**, 86  
Komboglyze, [saxagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 67  
**lacosamide**, 104  
Lacrilube, [paraffine/huile minérale] 87  
**lactulose**, 70  
Lactulose, [lactulose] 70  
Lait de Magnésie, [magnésium (hydroxyde de)] 70  
**lanthane hydraté**, 116  
**latanoprost/ timolol (maléate de)**, 86  
Lax-A-Day, [polyéthylène glycol] 71  
Leflunomide, [léflunomide] 81  
**léflunomide**, 81  
Levaquin, [lévofloxacine] 4  
**lévofloxacine**, 4  
**linagliptine/metformine (chlorhydrate de)**, 60  
**linezolid**, 5  
**lisdexamfetamine (dimesylate de)**, 104  
Lodalis, [colésévélam (chlorhydrate de)] 16  
**magnésium (hydroxyde de)**, 70  
**magnésium (hydroxyde de)/ aluminium (hydroxyde d')**, 117  
Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29  
Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Megestrol, [mégestrol (acétate de)] 60, 83

**mégestrol (acétate de)**, 60, 83

Melgisorb (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Melgisorb (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Melgisorb (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Melgisorb 30 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43

Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43

Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43

Menopur, [gonadotrophines] 77

Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 43

Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 44

Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 44

- Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 44
- Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 44
- Mepilex Border (10 cm x 10 cm - 42 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40
- Mepilex Border (10 cm x 20 cm - 96 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40
- Mepilex Border (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40
- Mepilex Border (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40
- Mepilex Border (15 cm x 20 cm - 168 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40
- Mepilex Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40
- Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 48
- Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 48
- Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 48
- Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 48
- Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 48
- Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 48

Mepilex Border Lite (10 cm x 10 cm - 42 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40

Mepilex Border Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40

Mepilex Border Lite (4 cm x 5 cm - 6 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40

Mepilex Border Lite (5 cm x 12,5 cm - 21 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40

Mepilex Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40

Mepilex Border Sacrum (18 cm x 18 cm - 120 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex Border Sacrum (23 cm x 23 cm - 238 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 44

Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 44

Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm<sup>2</sup>), [pansement interface - polyamide ou silicone] 56

Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>), [pansement interface - polyamide ou silicone] 56

Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm<sup>2</sup>), [pansement interface - polyamide ou silicone] 56

Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm<sup>2</sup>), [pansement interface - polyamide ou silicone] 56

Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 27

Mesalt (1 m), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 27

Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 27

Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 27

**méthylphénidate (chlorhydrate de)**, 105

**métronidazole**, 6

Microlax, [citrate de sodium/ laurylsulfoacétate de sodium/ sorbitol] 68

Mint-Clopidogrel, [clopidogrel (bisulfate de)] 15

Mint-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61

**modafinil**, 106

Modafinil, [modafinil] 106

**mométasone (furoate de)/ formoterol dihydraté (fumarate de)**, 90

**moxifloxacine (chlorhydrate de)**, 6

M-Sennosides, [sennosides A & B] 72

**multivitamines**, 90, 91

Mylan-Buprenorphine/Naloxone, [buprénorphine/naloxone] 95

Mylan-Clopidogrel, [clopidogrel (bisulfate de)] 15

Mylan-Gliclazide, [gliclazide] 59

Mylan-Leflunomide, [léflunomide] 81

Mylan-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61

Mylan-Riluzole, [riluzole] 108

Mylan-Tizanidine, [tizanidine (chlorhydrate de)] 109

Nadryl 25, [diphényhydramine (chlorhydrate de)] 96

Neocate avec DHA et ARA, [formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants)] 114

Néocate Junior, [formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants)] 114

Néocate junior avec fibres prébiotiques, [formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants)] 114

Neupogen, [filgrastim] 79

Nidagel, [métronidazole] 6

Novo-Betahistine, [bétahistine (dichlorhydrate de)] 95

Novo-Docusate, [docusate de sodium] 69

Novo-Docusate Calcium, [docusate de calcium] 68

Novo-Gliclazide, [gliclazide] 59

Novo-Glimepiride, [glimépiride] 59

Novo-Leflunomide, [léflunomide] 81

Novo-Methylphenidate ER-C, [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 105

NovoMix30, [insuline aspart/ insuline aspart protamine] 59

Novo-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61

Nu-Derm Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Nu-Derm Alginate (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Nu-Derm Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Nu-Derm Alginate 30 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Nu-Derm Hydrocolloid Border (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 52

Nu-Derm Hydrocolloid Border (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 52

Nu-Derm Hydrocolloid Border (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 52

Nu-Derm Hydrocolloid Border (Sacrum 18 cm x 18 cm - 135 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 52

Nu-Derm Hydrocolloid Standard (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 52

Nu-Derm Hydrocolloid Standard (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 52

Nu-Derm Hydrocolloid Thin (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 52

Nutramigen, [formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)] 112

Nutramigen A+, [formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)] 112

Oesclim 25, [estradiol-17B] 75

Oesclim 50, [estradiol-17B] 75

Onglyza, [saxagliptine] 65

Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40

Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40

Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien bordé - argent] 48

Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 44

Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Optimental, [formules nutritives - semi-élémentaires] 116

Opus Senna, [sennosides A & B] 72

Orgalutran, [ganirelix] 76  
**oseltamivir (phosphate d')**, 6  
Ovidrel, [choriogonadotropine alpha] 75  
**oxcarbazépine**, 107  
**oxybutynine**, 73  
**oxybutynine (chlorure d')**, 73  
Oxytrol, [oxybutynine] 73  
**palipéridone (palmitate de)**, 107  
**pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne**, 36  
**pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes**, 37  
**pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association**, 38  
**pansement absorbant - chlorure de sodium**, 27  
**pansement absorbant - fibres gélifiantes**, 28  
**pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association**, 31  
**pansement antimicrobien - argent**, 42  
**pansement antimicrobien bordé - argent**, 47  
**pansement antimicrobien - iode**, 45  
**pansement anti-odeur - charbon activé**, 49  
**pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane**, 54  
**pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane**, 50  
**pansement interface - polyamide ou silicone**, 56  
**paraffine/huile minérale**, 87  
Peg 3350, [polyéthylène glycol] 71  
PegaLAX (14 sachets de 17 grammes), [polyéthylène glycol] 71  
PegLyte (280 g), [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)] 71  
PegLyte (sachet de 70 g), [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)] 71  
**pentoxifylline**, 20

Peptamen, [formules nutritives - semi-élémentaires] 116  
Peptamen 1.5, [formules nutritives - semi-élémentaires] 116  
Peptamen AF, [formules nutritives - semi-élémentaires] 116  
Peptamen avec Prebio 1, [formules nutritives - semi-élémentaires] 116  
Peptamen Junior, [formules nutritives - semi-élémentaires] 116  
Peptamen Junior 1.5, [formules nutritives - semi-élémentaires] 116  
Perative, [formules nutritives - semi-élémentaires] 116  
pHl-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 69  
pHl-Leflunomide, [léflunomide] 81  
pHl-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61  
pHl-Sennosides, [sennosides A & B] 72  
**phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium**, 71  
Pilocarpine, [pilocarpine (chlorhydrate de)] 108  
**pilocarpine (chlorhydrate de)**, 108  
**pimécrolimus**, 56  
Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61  
**pioglitazone (chlorhydrate de)**, 61  
Pioglitazone HCl, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61  
Plavix, [clopidogrel (bisulfate de)] 15  
pms-Amlodipine-Atorvastatin, [amlodipine (bésylate d')/ atorvastatine calcique] 14  
pms-Bisacodyl, [bisacodyl] 68  
Pms-Clopidogrel, [clopidogrel (bisulfate de)] 15  
pms-Diphenhydramine, [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 96  
pms-Docusate, [docusate de sodium] 69  
pms-Docusate-Calcium, [docusate de calcium] 68  
pms-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 69  
pms-Lactulose, [lactulose] 70  
pms-Leflunomide, [léflunomide] 81  
pms-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61  
pms-Repaglinide, [répaglinide] 62  
pms-Sennosides, [sennosides A & B] 72  
Polycose, [formules nutritives - glucose polymérisé] 111

**polyéthylène glycol**, 71  
**polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)**, 71  
**polyvinylique (alcool)**, 87  
Portagen, [formules nutritives - lait écrémé/ huile de coco] 113  
Pradaxa, [dabigatran etexilate] 17  
**prasugrel**, 21  
Pregestimil, [formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)] 112  
Pregestimil A+, [formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)] 112  
Pregnyl, [gonadotrophine chorionique] 76  
**progestérone**, 77  
**progestérone micronisée**, 77  
Prolia, [denosumab] 81  
Prometrium, [progestérone micronisée] 77  
Pro-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61  
Protopic, [tacrolimus] 56  
**psyllium (mucilage de)**, 72  
Pulmozyme, [dornase alfa] 89  
PurAmino A+, [formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants)] 114  
Puregon, [follitropine bêta] 76  
Ran-Clopidogrel, [clopidogrel (bisulfate de)] 15  
Ran-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61  
**rasagiline (mésylate de)**, 108  
Rasilez, [aliskirène] 14  
ratio-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 69  
ratio-Glimepiride, [glimépiride] 59  
ratio-Kétorolac, [kétorolac (trométhamine de)] 86  
ratio-Lactulose, [lactulose] 70  
ratio-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61  
Rebif, [interféron bêta-1A] 99  
Refresh, [polyvinylique (alcool)] 87  
Refresh plus, [carboxyméthylcellulose sodique] 84

Refresh tears, [carboxyméthylcellulose sodique/ purite] 84  
Relaxa, [polyéthylène glycol] 71  
Relenza, [zanamivir] 11  
Renagel, [sévélamer (chlorhydrate de)] 117  
Renvela, [sévélamer (carbonate de)] 117  
**répaglinide**, 62  
Repronex, [gonadotrophines] 77  
Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 10 x 12,5-125cm<sup>2</sup>,  
[pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en  
association] 34  
Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 15 x 15-225 cm<sup>2</sup>,  
[pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en  
association] 34  
Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 15 x 20-300 cm<sup>2</sup>,  
[pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en  
association] 34  
Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 6 cm x  
6cm-36cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - mousse hydrophile seule  
ou en association] 34  
Restore Advanced Pans. hydrocellulaire adhésif 15x15-100  
cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule  
ou en association] 40  
Restore Advanced Pans. hydrocellulaire adhésif 15x20-125  
cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule  
ou en association] 40  
Restore Advanced Pansement Hydrocellulaire  
10cmx10cm-100cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - mousse  
hydrophile seule ou en association] 34  
Restore Advanced Pansement Hydrocellulaire 15cm x  
15cm-225cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - mousse hydrophile  
seule ou en association] 34  
Restore Pansement alginate de calcium Argent 10,2x12-122  
cm<sup>2</sup>, [pansement antimicrobien - argent] 44  
Restore Pansement d'alginate calcium, Argent 5cm x  
5cm-25cm<sup>2</sup>, [pansement antimicrobien - argent] 44

Restore Pansement d'alginate calcium (10 cm x 10 cm-100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 29

Restore Pansement d'alginate calcium (10 cm x 20 cm-200 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 30

Restore Pansement d'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm-26cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 30

Restore Pansement hydrocellulaire, Argent 10cm x10cm-100cm<sup>2</sup>, [pansement antimicrobien - argent] 44

Restore Pansement hydrocellulaire, Argent 15cm x 20cm-300cm<sup>2</sup>, [pansement antimicrobien - argent] 44

Retin-A, [trétinoïne] 57, 58

Rilutek, [riluzole] 108

**riluzole**, 108

Risperdal Consta, [rispéridone] 109

**rispéridone**, 109

Riva-Clopidogrel, [clopidogrel (bisulfate de)] 15

**rivaroxaban**, 21-23

Riva-Senna, [sennosides A & B] 72

**rosiglitazone (maléate de)**, 63

**rosiglitazone (maléate de)/ metformine (chlorhydrate de)**, 65

Salagen, [pilocarpine (chlorhydrate de)] 108

**salbutamol (sulfate de)**, 91

**salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)**, 92

Sandoz Clopidogrel, [clopidogrel (bisulfate de)] 15

Sandoz Estradiol Derm 100, [estradiol-17B] 75

Sandoz Estradiol Derm 50, [estradiol-17B] 75

Sandoz Estradiol Derm 75, [estradiol-17B] 75

Sandoz Glimepiride, [glimépiride] 59

Sandoz Latanoprost/Timolol, [latanoprost/ timolol (maléate de)] 86

Sandoz Leflunomide, [léflunomide] 81

Sandoz Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61

Sandoz Repaglinide, [répaglinide] 62

Santyl, [collagénase] 26

**saxagliptine**, 65

**saxagliptine/metformine (chlorhydrate de)**, 67

Selax, [docusate de sodium] 69

Sennatab, [sennosides A & B] 72

Sennosides, [sennosides A & B] 72

**sennosides A & B**, 72

Senokot, [sennosides A & B] 72

Serc, [bétahistine (dichlorhydrate de)] 95

**sévélamer (carbonate de)**, 117

**sévélamer (chlorhydrate de)**, 117

Sialor, [anéthole trithione] 94

Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 44

Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 44

Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 44

Similac Advance Neosure, [formules nutritives - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)] 115

**sitagliptine/metformine**, 67

Soflax, [docusate de sodium] 69

**solifénacine (succinate de)**, 73

SoluCAL (toutes saveurs), [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)] 111

SoluCAL D (toutes saveurs), [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 111

SoluCAL D Fort, [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 111

Stieva-A, [trétinoïne] 57, 58

Stieva-A Forte, [trétinoïne] 57

Suboxone, [buprénorphine/naloxone] 95

Symbicort 100 Turbuhaler, [formotérol dihydraté (fumarate de )/budésonide] 89

Symbicort 200 Turbuhaler, [formotérol dihydraté (fumarate de )/budésonide] 89

**tacrolimus**, 56

Tamiflu, [oseltamivir (phosphate d')] 6

Tarka, [trandolapril/ vérapamil (chlorhydrate de)] 25

Tears Naturele, [hydroxypropylméthylcellulose/ dextran 70] 86

Tears Naturele, [paraffine/huile minérale] 87

Tears Naturele II, [hydroxypropylméthylcellulose/ dextran 70] 86

Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm<sup>2</sup>, [pansement interface - polyamide ou silicone] 56

Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm<sup>2</sup>, [pansement interface - polyamide ou silicone] 56

Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm<sup>2</sup>, [pansement interface - polyamide ou silicone] 56

Tegaderm 3M-Pansement alginate ions argent 10,2x12,7-129 cm<sup>2</sup>, [pansement antimicrobien - argent] 44

Tegaderm 3M-Pansement alginate ions argent 5,1 x 5,1-26cm<sup>2</sup>, [pansement antimicrobien - argent] 45

Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (10cmx12,7cm-127cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 45

Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (10cm x 20cm-200cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 45

Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (20cm x 20cm-400cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 45

Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (5cm x 5cm - 25 cm<sup>2</sup>), [pansement antimicrobien - argent] 45

Tegaderm 3M-Pansement d'alginate à haute intégrité 10x10-100cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 30

Tegaderm 3M-Pansement d'alginate à haute intégrité 10x20-200cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 30

Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 40

Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 41

Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 41

Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 41

Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 41

Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm<sup>2</sup>, [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 10 cm - 100cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 52

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 12 cm - 50 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 54

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (13 cm x 15 cm - 94 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 54

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (15 cm x 15 cm - 225cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 52

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (17 cm x 20 cm - 187cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 54

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde 16,1cm x 17,1cm-172cm<sup>2</sup>, [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 54

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 10cm-100cm<sup>2</sup>, [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 52

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 12cm-63cm<sup>2</sup>, [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 54

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 13cm x15cm-94cm<sup>2</sup>, [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 54

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 17cm x 20cm-187cm<sup>2</sup>, [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 55

Teva Clopidogrel, [clopidogrel (bisulfate de)] 15

Teva Lactulose, [lactulose] 70

### **ticagrélor**, 25

Tielle (11 cm x 11 cm - 49 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 41

Tielle (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 41

Tielle (15 cm x 20 cm - 176 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 41

Tielle (18 cm x 18 cm - 196 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 41

Tielle (7 cm x 9 cm - 15 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 41

Tielle Max (11 cm x 11 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Tielle Max (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Tielle Max (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 35

Tielle Plus (11 cm x 11 cm - 49 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 41

Tielle Plus (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 41

Tielle Plus (15 cm x 20 cm - 176 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 41

Tielle Plus (Sacrum 15 cm x 15 cm - 70 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 35

**tizanidine (chlorhydrate de)**, 109

Tobi, [tobramycine (sulfate de)] 9

Tobi Podhaler, [tobramycine (sulfate de)] 9

**tobramycine (sulfate de)**, 9

**tocophéryle (acétate de dl-alpha)**, 109

Tocophéryle (acétate de dl-alpha), [tocophéryle (acétate de dl-alpha)] 109

Tolerex, [formules nutritives - monomériques] 113

**toltérodine (l-tartrate de)**, 73

Toviaz, [fésotérodine (fumarate de)] 73

**trandolapril/ vérapamil (chlorhydrate de)**, 25

**travoprost/ timolol (maléate de)**, 88

**trétinoïne**, 57, 58

Triglycérides à chaîne moyenne, [formules nutritives - huile de coco fractionnée] 112

Trileptal, [oxcarbazépine] 107

Trosec, [trospium (chlorure de)] 74

**trospium (chlorure de)**, 74

Ultec (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 52

Ultec (15,2 cm x 20,3 cm - 309 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 52

Ultec (20,3 cm x 20,3 cm - 412 cm<sup>2</sup>), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 53

**urofollitropine**, 78

Valcyte, [valganciclovir (chlorhydrate de)] 9

**valganciclovir (chlorhydrate de)**, 9

Ventolin Diskus, [salbutamol (sulfate de)] 91

Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 37

- Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 37
- Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 37
- Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 37
- Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 30
- Versiva XC Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 30
- Versiva XC Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 30
- Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 30
- Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm<sup>2</sup>), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 37
- vertéporfine**, 88
- Vesicare, [solifénacine (succinate de)] 73
- Vfend, [voriconazole] 9, 10
- Vimpat, [lacosamide] 104
- Visudyne, [vertéporfine] 88
- Vital H.N., [formules nutritives - semi-élémentaires] 116
- Vitamin A Acid Gel, [trétinoïne] 58
- Vitamin A Acid Gel Doux, [trétinoïne] 58
- Vivonex Pédiatrique, [formules nutritives - monomériques] 113
- Vivonex Plus, [formules nutritives - monomériques] 113
- Vivonex T.E.N., [formules nutritives - monomériques] 113
- Voltaren Ophta, [diclofénac sodique] 85
- voriconazole**, 9, 10
- Vyvanse, [lisdexamfetamine (dimesylate de)] 104
- Xalacom, [latanoprost/ timolol (maléate de)] 86
- Xarelto, [rivaroxaban] 21–23
- Zanaflex, [tizanidine (chlorhydrate de)] 109
- zanamivir**, 11
- Zenhale, [mométasone (furoate de)/ formoterol dihydraté (fumarate de)] 90

**zolédronique (acide)**, 82

Zym-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 61

Zyvoxam, [linezolid] 5