

Table des matières

	Pages
AI Anti - infectieux - Usage systémique ou topique.....	1
CV Système cardiovasculaire.....	6
DE Dermatologie.....	10
EN Endocrinologie.....	24
GI Système gastro-intestinal.....	27
GU Système génito-urinaire.....	33
GY Gynécologie.....	34
MS Système musculo-squelettique.....	36
ON Oncologie/antinéoplasiques.....	37
OP Ophtalmologie.....	38
RE Système respiratoire.....	44
SN Système nerveux autonome ou central.....	47
VA Varia.....	54

<p>caspofongine (acétate de) <i>Cancidas</i></p>	<p>AI79</p> <p>Pour le traitement de l'aspergillose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à une formulation thérapie de première intention;</p> <p>AI80</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>AI86</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>ciprofloxacin (chlorhydrate de) Sol. Perf. I.V. <i>Cipro-I.V. mini-sac, Ciprofloxacin Perfusion Intraveineuse</i></p>	<p>AI68</p> <p>Pour le traitement des infections lorsque la ciprofloxacin orale ne peut être utilisée;</p>
<p>clindamycine (phosphate de) Cr. Vag. <i>Dalacin C</i></p>	<p>AI6</p> <p>Pour le traitement de la vaginose bactérienne lors du premier trimestre de la grossesse;</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> clindamycine (phosphate de) Cr. Vag. <i>Dalacin C</i>	AI7 Lorsque le métronidazole intravaginal est inefficace, contre-indiqué ou mal toléré;
fluconazole Susp. Orale <i>Diflucan</i>	AI8 Pour le traitement de la candidose oesophagienne; AI9 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; AI10 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;
levofloxacin Sol. Perf. I.V. <i>Levaquin</i>	AI13 Pour le traitement des infections lorsque la lévofloxacin orale ne peut être utilisée;
linezolid Co. <i>Zyvoxam</i>	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; <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments**Codes et indications**

<i>(Suite)</i> linezolide Co. <i>Zyvoxam</i>	AI70 Pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine;
linezolide Sol. Perf. I.V. <i>Zyvoxam</i>	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;
métronidazole Gel Vag. <i>Nidagel</i>	AI11 Pour le traitement de la vaginose bactérienne chez la femme enceinte lors des deuxième ou troisième trimestres de la grossesse; AI12 Pour le traitement de la vaginose bactérienne lors d'intolérance au métronidazole par voie orale;
moxifloxacine (chlorhydrate de) <i>Avelox I.V.</i>	AI87 Pour le traitement des infections lorsque la moxifloxacine orale ne peut être utilisée;

Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<p>tobramycine (sulfate de) Sol. pour Inh. <i>Tobi</i></p>	<p>AI90</p> <p>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;</p>
<p>valganciclovir (chlorhydrate de) <i>Valcyte</i></p>	<p>AI73</p> <p>Pour le traitement de la rétinite à cytomégalovirus (CMV) chez les personnes immunodéficientes;</p>
<p>voriconazole Co. <i>Vfend</i></p>	<p>AI74</p> <p>Pour le traitement de l'aspergillose invasive;</p> <p><i>Note : Les justifications non strictement médicales ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p> <p>Période d'autorisation : 3 mois</p> <p>AI75</p> <p>Pour la poursuite du traitement de l'aspergillose invasive, chez les personnes pour lesquelles un effet bénéfique est observé;</p> <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments

Codes et indications

<p><i>(Suite)</i> voriconazole Co. <i>Vfend</i></p>	<p><i>Note : Les justifications non strictement médicales ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p> <p>AI76</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><i>Note : Les justifications non strictement médicales ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p>voriconazole Pd Perf. I.V. <i>Vfend</i></p>	<p>AI77</p> <p>Pour le traitement de l'aspergillose invasive;</p> <p>AI78</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>

**clopidogrel
(bisulfate de)**
Plavix

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;

Toute demande d'autorisation pour poursuivre le traitement au-delà de 12 mois doit être transmise en utilisant le formulaire du patient d'exception ou Internet;

Période d'autorisation : 12 mois

CV19

Pour la **prévention secondaire** des manifestations vasculaires ischémiques chez les personnes pour lesquelles un antiplaquettaire est indiqué mais chez qui **l'acide acétylsalicylique est inefficace, contre-indiqué ou mal toléré;**

Note : Une seconde angioplastie dans le cas d'une nouvelle manifestation vasculaire ischémique fait partie de cette condition de paiement.

Ne répond pas à cette indication de paiement, l'utilisation du Clopidogrel en prévention primaire.

(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p>clopidogrel (bisulfate de) <i>Plavix</i></p>	<p><i>i.e. chez les personnes qui n'ont jamais présenté de manifestations vasculaires ischémiques.</i></p>
<p>dipyridamole/ acétylsalicylique (acide) <i>Aggrenox</i></p>	<p>CV14</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>ézétimibe <i>Ezetrol</i></p>	<p>CV99</p> <p>Lorsque l'ézétimibe n'est pas utilisé en association 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>CV100</p> <p>Lorsque l'ézétimibe est utilisé en association avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine) :</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

*(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 .

Noms générique, commercial (fabricant)	Doses
Atorvastatine, Lipitor ^{MC} (Pfizer)	10 mg à 80 mg
Fluvastatine, Lescol ^{MC} (Novartis)	80 mg

(Voir page suivante)

Médicaments

Codes et indications

<p>(Suite)</p> <p>ézétimibe <i>Ezetrol</i></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">Lovastatine, Mevacor^{MC} (Merck et autres)</td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">40 mg à 80 mg</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Pravastatine, Pravachol^{MC} (Squibb et autres)</td> <td style="padding: 5px;">40 mg</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Rosuvastatine¹, Crestor^{MC} (AZC)</td> <td style="padding: 5px;">5 mg à 40 mg</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Simvastatine, Zocor^{MC} (Merck et autres)</td> <td style="padding: 5px;">20 mg à 80 mg</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">¹ 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 ^{MC} (Merck et autres)	40 mg à 80 mg	Pravastatine, Pravachol ^{MC} (Squibb et autres)	40 mg	Rosuvastatine ¹ , Crestor ^{MC} (AZC)	5 mg à 40 mg	Simvastatine, Zocor ^{MC} (Merck et autres)	20 mg à 80 mg	¹ Doses déterminées selon la réduction comparative du taux de LDL-C et selon les données de la monographie du produit.	
Lovastatine, Mevacor ^{MC} (Merck et autres)	40 mg à 80 mg										
Pravastatine, Pravachol ^{MC} (Squibb et autres)	40 mg										
Rosuvastatine ¹ , Crestor ^{MC} (AZC)	5 mg à 40 mg										
Simvastatine, Zocor ^{MC} (Merck et autres)	20 mg à 80 mg										
¹ Doses déterminées selon la réduction comparative du taux de LDL-C et selon les données de la monographie du produit.											
<p>pentoxifylline <i>Apo-Pentoxifylline SR₃</i> <i>Nu-Pentoxifylline-SR₃</i> <i>Trental</i>, <i>ratio-Pentoxifylline</i></p>	<p>CV15</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>CV16</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>										
<p>trandolapril/ vérapamil (chlorhydrate de) <i>Tarka</i></p>	<p>CV17</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
<p>pansement à îlot central <i>Combiderm ACD,</i> <i>Cutinova hydro,</i> <i>Mepilex Border,</i> <i>Mepilex Border Lite,</i> <i>Mepilex Border Sacrum,</i> <i>Tielle Plus,</i> <i>Tielle max,</i> <i>Versiva,</i> <i>Versiva (sacrum)</i></p>	<p>DE101</p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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; <p><i>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

<p>pansement alginaté (fibre d') <i>Algisite M,</i> <i>Algisite M 30 cm,</i> <i>Algosteril,</i> <i>Algosteril (30 cm),</i> <i>Curasorb 30 cm,</i> <i>Curasorb 60 cm,</i> <i>Curasorb 90 cm,</i> <i>Kaltostat,</i> <i>Kaltostat 40 cm,</i> <i>Melgisorb,</i> <i>Melgisorb 30 cm,</i> <i>Nu-Derm</i> <i>Alginate,</i> <i>Nu-Derm Alginate</i> <i>30 cm,</i> <i>Seasorb Soft,</i> <i>Seasorb Soft 44</i> <i>cm,</i> <i>Tegaderm 3M -</i> <i>Pansement</i> <i>d'alginate à haute</i> <i>intégrité</i></p>	<p>DE101</p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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; <p><i>Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i></p> <p>Période d'autorisation : 6 mois</p>
<p>pansement charbon activé <i>Actisorb silver</i></p>	<p>DE106</p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ plaie de pression de stade 2 ou plus malodorante; <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p>pansement charbon activé <i>Actisorb silver</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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; <p><i>Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i></p> <p>Période d'autorisation : 6 mois</p>
<p>pansement chlorure de sodium <i>Curasalt, Mesalt</i></p>	<p>DE101</p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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; <p><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments

Codes et indications

(Suite)

**pansement
chlorure de
sodium**

*Curasalt,
Mesalt*

- ◆ 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;

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

Période d'autorisation : 6 mois

**pansement
d'argent**

*Acticoat Brûlures,
Allewyn Ag
Adhésif,
Allewyn Ag
Adhésif Sacrum,
Allewyn Ag Non
Adhésif,
Aquacel AG,
Biatain Ag
Adhesive,
Biatain Ag Non-
Adhesive,
Mepilex Ag,
Silvercel,
Tegaderm 3M -
Pansement aux
ions d'argent*

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.

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

Période d'autorisation : 12 semaines

Médicaments

Codes et indications

pansement hydrocolloïde

Combiderm ACD,
 Combiderm non adhésif,
 Comfeel Plus Clear,
 Comfeel Plus Triangle,
 Comfeel Plus Ulcer,
 DuoDERM CGF, DuoDERM CGF Bordé,
 DuoDERM CGF Extra-Mince,
 DuoDERM Signal, DuoDERM Signal (sacrum),
 Nu-Derm Hydrocolloïd, Nu-Derm Hydrocolloïd (bordé mince),
 Nu-Derm Hydrocolloïdal (bordé),
 Nu-Derm Hydrocolloïdal (sacrum),
 Tegaderm 3M - Pansement hydrocolloïde,
 Tegaderm 3M - Pansement hydrocolloïde (sacrum),
 Tegaderm 3M - Pansement hydrocolloïde mince,
 Ultec

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;

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

Période d'autorisation : 6 mois

Médicaments

Codes et indications

**pansement
hydrofibre**

*Aquacel
hydrofiber,
Versiva XC -
Sacrum,
Versiva XC Non-
adhésif,
Versiva XC
Adhésif*

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;

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

Période d'autorisation : 6 mois

Médicaments

Codes et indications

<p>pansement interface <i>Mepitel, Tegaderm 3M - Couche de pré- revêtement non adhérent</i></p>	<p>DE107</p> <p>Pour faciliter le traitement des personnes souffrant de brûlures graves très douloureuses;</p> <p><i>Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i></p> <p>Période d'autorisation : 6 mois</p>
<p>pansement iode (cadexomère d') <i>Iodosorb</i></p>	<p>DE58</p> <p>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;</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>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments**Codes et indications***(Suite)***pansement iode
(cadexomère d')**
*Iodosorb**Toute demande subséquente devra être transmise
par formulaire ou par le biais d'Internet.*

Période d'autorisation : 12 semaines

Médicaments

Codes et indications

**pansement
mousse
hydrophile**

*Allewyn,
Allewyn
Compression,
Allewyn Gentle,
Allewyn Gentle
Border,
Allewyn Plus
Adhésive,
Allewyn Sacrum,
Allewyn Thin,
Allewyn adhésif,
Biatain,
Biatain Sacrum,
Biatain Soft-Hold,
Biatain adhésif,
Curafoam,
Hydrasorb,
Lyof foam Extra,
Mepilex,
Mépilex Lite,
Tegaderm 3M -
Pansement en
mousse adhésif,
Tegaderm 3M -
Pansement en
mousse non
adhésif,
Tielle*

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;

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

Période d'autorisation : 6 mois

Médicaments	Codes et indications
<p>pansement multicouche <i>Alldress</i></p>	<p>DE101</p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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; <p><i>Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i></p> <p>Période d'autorisation : 6 mois</p>
<p>pimécrolimus <i>Elidel</i></p>	<p>DE56</p> <p>Pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique;</p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments

Codes et indications

<p>(Suite)</p> <p>pimécrolimus <i>Elidel</i></p>	<p><i>Note : Toute demande d'autorisation touchant une personne âgée de 18 ans et plus doit être transmise en utilisant le formulaire du patient d'exception ou Internet.</i></p>
<p>tacrolimus Pom. Top. <i>Protopic</i></p>	<p>DE56</p> <p>Pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique;</p> <p><i>Note : Toute demande d'autorisation touchant une personne âgée de 18 ans et plus doit être transmise en utilisant le formulaire du patient d'exception ou Internet.</i></p> <p>DE57</p> <p>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;</p>
<p>trétinoïne Cr. Top. <i>Retin-A,</i> <i>Stieva-A,</i> <i>Stieva-A Forte,</i> <i>Vitamin A Acid</i> <i>Crème</i></p>	<p>DE20</p> <p>Pour le traitement de l'acné;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i> trétinoïne Cr. Top. <i>Retin-A₃</i> <i>Stieva-A₃</i> <i>Stieva-A Forte</i> <i>Vitamin A Acid</i> <i>Crème</i></p>	<p>DE21</p> <p>Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.</p> <p><i>Note : À titre d'exemples , la dermatite séborrhéique, les folliculites, la kératose actinique et les verrues sont considérées.</i></p> <p><i>Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p>trétinoïne Gel Top. <i>Retin-A₃</i> <i>Stieva-A₃</i> <i>Vitamin A Acid</i> <i>Gel</i> <i>Vitamin A Acid Gel</i> <i>Doux</i></p>	<p>DE20</p> <p>Pour le traitement de l'acné;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p> <p>DE21</p> <p>Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.</p> <p><i>Note : À titre d'exemples , la dermatite séborrhéique, les folliculites, la kératose actinique et les verrues sont considérées.</i></p> <p><i>Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>

Médicaments

Codes et indications

trétinoïne
Sol. Top.
Stieva-A

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>gliclazide <i>Apo-Gliclazide,</i> <i>Apo-Gliclazide</i> <i>MR,</i> <i>Diamicron,</i> <i>Diamicron MR,</i> <i>Gen-Gliclazide,</i> <i>Gliclazide,</i> <i>Gliclazide-80,</i> <i>Novo-Gliclazide,</i> <i>Sandoz</i> <i>Gliclazide,</i> <i>pms-Gliclazide</i></p>	<p>EN23</p> <p>Lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace;</p> <p>EN24</p> <p>Pour le traitement des personnes diabétiques non insulinodépendantes présentant une insuffisance rénale;</p>
<p>glimépiride <i>Amaryl,</i> <i>Apo-Glimepiride,</i> <i>Co Glimepiride,</i> <i>Gen-Glimepiride,</i> <i>Novo-Glimepiride,</i> <i>Sandoz</i> <i>Glimepiride,</i> <i>pms-Glimepiride,</i> <i>ratio-Glimepiride</i></p>	<p>EN23</p> <p>Lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace;</p>
<p>insuline aspart/ insuline aspart protamine <i>NovoMix30</i></p>	<p>EN22</p> <p>Pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un pré-mélange d'insuline 20/80 ou 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
insuline lispro/ insuline lispro protamine <i>Humalog Mix 25</i>	EN22 Pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un pré-mélange d'insuline 20/80 ou 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie;
mégestrol (acétate de) <i>Apo-Megestrol, Mégace, Nu-Mégestrol</i>	EN82 Pour l'hormonothérapie de remplacement lors d'intolérance, d'inefficacité ou de contre-indication aux progestatifs oraux; <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>
répaglinide <i>GlucoNorm</i>	EN24 Pour le traitement des personnes diabétiques non insulino-dépendantes présentant une insuffisance rénale; EN25 Lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;

Médicaments**Codes et indications**

<p>rosiglitazone (maléate de)/ metformine (chlorhydrate de) <i>Avandamet</i></p>	<p>EN81</p> <p>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;</p> <p>Les personnes doivent répondre également aux exigences de l'indication reconnue pour le paiement des thiazolidinediones;</p>
--	--

Médicaments	Codes et indications
bisacodyl <i>Bisacodyl-Odan, Jamp-Bisacodyl, pms-Bisacodyl</i>	GI27 Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie; GI28 Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;
citrate de sodium/ laurylsulfoacétate de sodium/ sorbitol <i>MicroLax</i>	GI27 Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie; GI28 Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;
delta-9-tétrahydrocannabinol <i>Marinol</i>	GI60 Pour le traitement des nausées et des vomissements graves; <i>Note : Les diagnostics ou les justifications tels que la cachexie ne satisfont pas aux indications de paiement.</i>

Médicaments

Codes et indications

<p>docusate de calcium <i>Calax,</i> <i>Docusate Calcium,</i> <i>Jamp-Docusate Calcium,</i> <i>Novo-Docusate Calcium,</i> <i>pms-Docusate-Calcium</i></p>	<p>GI27 Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p>GI28 Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
--	---

Médicaments	Codes et indications
<p>docusate de sodium <i>Apo-Docusate Sodium,</i> <i>Docusate Sodique,</i> <i>Docusate de 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>GI27 Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p>GI28 Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p>glycérine Supp.</p>	<p>GI27 Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p>GI28 Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>

Système gastro-intestinal - GI

Médicaments	Codes et indications
huile minérale <i>Fleet Huileux,</i> <i>Huile Minérale,</i> <i>Lansoyl,</i> <i>Lansoyl sans</i> <i>sucre</i>	GI27 Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie; GI28 Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;
lactulose <i>Apo-Lactulose,</i> <i>Euro-Lac,</i> <i>Jamp-Lactulose,</i> <i>Pro-</i> <i>Lactulose-667,</i> <i>pms-Lactulose,</i> <i>ratio-Lactulose</i>	GI27 Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie; GI28 Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament; GI29 Pour la prévention et le traitement de l'encéphalopathie hépatique;
magnésium (hydroxyde de) <i>Lait de Magnésie</i>	GI27 Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie; GI28 Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

Médicaments	Codes et indications
<p>phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium <i>Fleet, Fleet Pédiatrique</i></p>	<p>GI27 Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p>GI28 Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p>polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de) <i>PegLyte</i></p>	<p>GI27 Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p>GI28 Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p>
<p>psyllium (mucilage de)</p>	<p>GI27 Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;</p> <p>GI28 Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;</p> <p>GI30 Pour le traitement de la diarrhée chronique;</p>

Système gastro-intestinal - GI

Médicaments

Codes et indications

sennosides A & B

Euro-Senna,
Jamp-Senna,
Riva-Senna,
Sennatab,
Sennosides,
Senokot,
phl-Sennosides,
pms-Sennosides

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

Médicaments	Codes et indications
<p>oxybutynine Timbre cut. <i>Oxytrol</i></p>	<p>GU32</p> <p>Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine à libération immédiate est mal tolérée;</p>
<p>oxybutynine (chlorure d') Co. L.A. <i>Ditropan XL,</i> <i>Uromax</i></p>	<p>GU32</p> <p>Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine à libération immédiate est mal tolérée;</p>
<p>solifénacine (succinate de) <i>Vesicare</i></p>	<p>GU33</p> <p>Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace;</p>
<p>toltérodine (l-tartrate de) <i>Detrol,</i> <i>Detrol LA</i></p>	<p>GU33</p> <p>Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace;</p>
<p>tropium (chlorure de) <i>Trosec</i></p>	<p>GU33</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
<p>estradiol-17B <i>Climara -100,</i> <i>Climara -50,</i> <i>Climara-25,</i> <i>Climara-75,</i> <i>Estraderm 100,</i> <i>Estraderm 25,</i> <i>Estraderm 50,</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></p>	<p>GY34</p> <p>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;</p>
<p>estradiol-17B,est radiol-17B/ noréthindrone (acétate de) <i>Estalis-Sequi 250/50,</i> <i>Estracomb</i></p>	<p>GY35</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>estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de) <i>Estalis 140/50,</i> <i>Estalis 250/50</i></p>	<p>GY35</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>

Médicaments

Codes et indications

<p>progestérone micronisée Caps. <i>Prometrium</i></p>	<p>GY36</p> <p>Pour les personnes ne pouvant recevoir l'acétate de médroxyprogestérone en raison d'une intolérance importante;</p>
--	---

Système musculo-squelettique - MS

Médicaments

Codes et indications

léflunomide

*Apo-Leflunomide,
Arava,
Novo-
Leflunomide,
Sandoz
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

<p>fludarabine (phosphate de) <i>Fludara</i></p>	<p>ON83</p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de leucémie lymphoïde chronique qui n'ont pas répondu ou sont intolérantes à une chimiothérapie de première intention;</p> <p><i>Note : Les justifications non strictement médicales ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p> <p>ON84</p> <p>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);</p> <p><i>Note : Les justifications non strictement médicales ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p>mégestrol (acétate de) <i>Apo-Megestrol, Mégace, Nu-Mégestrol</i></p>	<p>ON85</p> <p>Pour l'hormonothérapie du cancer du sein, de l'endomètre et de la prostate;</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>

Médicaments	Codes et indications
carboxyméthyle ellulose sodique <i>Celluvisc, Refresh plus</i>	OP40 Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes; <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>
carboxyméthyle ellulose sodique/ purite <i>Refresh tears</i>	OP40 Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes; <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</i> <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i> carboxyméthylc ellulose sodique/ purite <i>Refresh tears</i></p>	<p><i>condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p>diclofénac sodique Sol. Oph. <i>Voltaren Ophtha</i></p>	<p>OP38 Pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués;</p>
<p>dorzolamide (chlorhydrate de)/ timolol (maléate de) <i>Cosopt sans préservateur</i></p>	<p>OP91 Lors d'intolérance importante à deux antiglaucomateux topiques, à moins d'une justification pertinente empêchant ces exigences;</p>
<p>hydroxypropylm éthylcellulose <i>Isopto Tears, Sandoz Eyelube</i></p>	<p>OP40 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 (Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p>hydroxypropylm éthylcellulose <i>Isopto Tears, Sandoz Eyelube</i></p>	<p><i>condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p>hydroxypropylm éthylcellulose/ dextran 70 <i>Tears Naturelle, Tears Naturelle II</i></p>	<p>OP40</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>kétorolac (trométhamine de) <i>Acular, Apo-Kétorolac, ratio-Kétorolac</i></p>	<p>OP38</p> <p>Pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués;</p>

Médicaments	Codes et indications
<p>latanoprost/ timolol (maléate de) <i>Xalacom</i></p>	<p>OP39</p> <p>Pour le contrôle de la pression intraoculaire lorsque l'usage d'un antiglaucomateux en monothérapie est insuffisant;</p>
<p>paraffine/huile minérale <i>Lacrilube, Tears Naturelle</i></p>	<p>OP40</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>polyvinylique (alcool) <i>Refresh</i></p>	<p>OP40</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 style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> polyvinylique (alcool) <i>Refresh</i>	<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>
polyvinylique (alcool)/ povidone <i>Tears Plus</i>	OP40 Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes; <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>

Médicaments

Codes et indications

travoprost/ timolol (maléate de) <i>DuoTrav</i>	OP39 Pour le contrôle de la pression intraoculaire lorsque l'usage d'un antiglaucomateux en monothérapie est insuffisant;
vertéporfine <i>Visudyne</i>	OP102 <ul style="list-style-type: none">◆ 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;◆ Pour le traitement de la myopie pathologique avec néovascularisation;◆ Pour le traitement du syndrome d'histoplasmose oculaire présumé avec néovascularisation;

Médicaments	Codes et indications
<p>dornase alfa <i>Pulmozyme</i></p>	<p>RE43</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>RE44</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>formotérol (fumarate dihydraté de)/ budésonide <i>Symbicort 100 Turbuhaler, Symbicort 200 Turbuhaler</i></p>	<p>RE41</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>RE42</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 β_2 à courte action, d'un agoniste β_2 à longue action et d'un anticholinergique; <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p>formotérol (fumarate dihydraté de)/ budésonide <i>Symbicort 100 Turbuhaler, Symbicort 200 Turbuhaler</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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; <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>salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de) <i>Advair 100 Diskus, Advair 125, Advair 250, Advair 250 Diskus, Advair 500 Diskus</i></p>	<p>RE41</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>RE42</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 β_2 à courte action, d'un agoniste β_2 à longue action et d'un anticholinergique; <p style="text-align: right;"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i></p> <p>salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)</p> <p><i>Advair 100 Diskus, Advair 125, Advair 250, Advair 250 Diskus, Advair 500 Diskus</i></p>	<p>◆ 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;</p> <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>

Médicaments	Codes et indications
<p>amphétamine (sels mixtes d') <i>Adderall XR</i></p>	<p>SN103</p> <p>Pour le traitement des enfants et des adolescents 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><i>Note : Par « titré de façon optimale », on entend pour la forme régulière (courte action) une dose 3 fois par jour, et pour la forme longue action (SR ou LA) une dose 2 fois par jour.</i></p> <p><i>Toute demande d'autorisation touchant une personne âgée de 18 ans et plus doit être transmise en utilisant le formulaire du patient d'exception ou Internet.</i></p>
<p>anéthole trithione <i>Sialor</i></p>	<p>SN45</p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de xérostomie grave;</p>
<p>bétahistine (dichlorhydrate de) <i>Novo-Betahistine, Serc</i></p>	<p>SN92</p> <p>Pour réduire la sévérité des vertiges d'origine périphérique;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications reliés à l'usage dans le traitement pour réduire les vertiges (Voir page suivante)</i></p>

Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i> bétahistine (dichlorhydrate de) <i>Novo-Betahistine, Serc</i></p>	<p><i>d'origine centrale ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>
<p>cabergoline <i>Co Cabergoline, Dostinex</i></p>	<p>SN46</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 utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 1^{er} 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>codéine (phosphate de) Sir. <i>Codéine</i></p>	<p>SN61</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>

Médicaments

Codes et indications

<p>diphenhydramin e (chlorhydrate de) <i>Allerdryl, Jamp- Diphenhydramine</i></p> <p>» Nadryl 25, pms- Diphenhydramine</p>	<p>SN50</p> <p>Pour le traitement adjuvant de certains troubles psychiatriques;</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>SN51</p> <p>Pour le traitement adjuvant de la maladie de Parkinson;</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>méthylphénidate (chlorhydrate de) Caps. L.A. <i>Biphentin</i></p>	<p>SN103</p> <p>Pour le traitement des enfants et des adolescents 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 align="right"><i>(Voir page suivante)</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i> méthylphénidate (chlorhydrate de) Caps. L.A. <i>Biphentin</i></p>	<p><i>Note : Par « titré de façon optimale », on entend pour la forme régulière (courte action) une dose 3 fois par jour, et pour la forme longue action (SR ou LA) une dose 2 fois par jour.</i></p> <p><i>Toute demande d'autorisation touchant une personne âgée de 18 ans et plus doit être transmise en utilisant le formulaire du patient d'exception ou Internet.</i></p>
<p>méthylphénidate (chlorhydrate de) Co. L.A. (12 h) <i>Concerta</i></p>	<p>SN103</p> <p>Pour le traitement des enfants et des adolescents 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><i>Note : Par « titré de façon optimale », on entend pour la forme régulière (courte action) une dose 3 fois par jour, et pour la forme longue action (SR ou LA) une dose 2 fois par jour.</i></p> <p><i>Toute demande d'autorisation touchant une personne âgée de 18 ans et plus doit être transmise en utilisant le formulaire du patient d'exception ou Internet.</i></p>

Médicaments

Codes et indications

<p>modafinil <i>Alertec, Apo-Modafinil</i></p>	<p>SN62</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>SN63</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>oxcarbazépine <i>Apo- Oxcarbazepine, Novo- Oxcarbazepine, Trileptal</i></p>	<p>SN96</p> <p>Pour le traitement de l'épilepsie;</p> <p>SN97</p> <p>Pour les personnes présentant une intolérance, une contre-indication ou un échec à la carbamazépine;</p>

Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<p>pilocarpine (chlorhydrate de) Co. <i>Salagen</i></p>	<p>SN45</p> <p>Pour le traitement des personnes souffrant de xérostomie grave;</p>
<p>riluzole <i>Rilutek</i></p>	<p>SN53</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>SN55</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>rispéridone <i>Risperdal Consta</i></p>	<p>SN94</p> <p>Pour la personne qui présente un problème d'observance avec la prise d'un antipsychotique oral;</p> <p>(Voir page suivante)</p>

Médicaments	Codes et indications
<p><i>(Suite)</i> rispéridone <i>Risperdal Consta</i></p>	<p>SN95</p> <p>Pour la personne chez qui l'administration d'un antipsychotique injectable conventionnel à action prolongée est inefficace ou mal toléré;</p>
<p>tizanidine (chlorhydrate de) <i>Apo-Tizanidine,</i> <i>Gen-Tizanidine,</i> <i>Zanaflex</i></p>	<p>SN47</p> <p>Pour le traitement de la spasticité lorsque le baclofène est inefficace, contre-indiqué ou non toléré;</p>
<p>tocophéryle (acétate de dl-alpha)</p>	<p>SN52</p> <p>Pour la prévention et le traitement des manifestations neurologiques associées à la malabsorption de la vitamine E;</p> <p><i>Note : Les diagnostics ou les justifications reliés à l'usage dans le traitement de la dépression, de la démence ou comme supplément à la diète pour son effet antioxydant ne satisfont pas aux indications de paiement.</i></p>

Médicaments	Codes et indications
<p>calcium (gluconate de)/ calcium (glucoheptonate de) <i>Rougier Calcium</i></p>	<p>VA64 Comme supplément calcique pour les enfants souffrant d'intolérance aux protéines bovines ou au lactose;</p> <p>VA65 Comme supplément calcique pour les personnes souffrant d'hypoparathyroïdie, de déficience en lactase ou de malabsorption et qui ne peuvent recevoir des comprimés;</p> <p>VA66 Comme supplément calcique lors d'ostéoporose chez les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;</p> <p>VA67 Comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave et qui ne peuvent recevoir des comprimés;</p>
<p>formules nutritives - glucose polymérisé <i>Polycal, Polycose</i></p>	<p>VA2 Pour augmenter la teneur calorique de l'alimentation ou des autres formules nutritives;</p>

Médicaments

Codes et indications

<p>formules nutritives - huile de coco fractionnée <i>Triglycérides à chaîne moyenne</i></p>	<p>VA5</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>formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants) <i>Alimentum, Nutramigen, Pregestimil</i></p>	<p>VA105</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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; ◆ Pour les nourrissons et les enfants nécessitant une alimentation sans lactose lors de galactosémie; ◆ 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. <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>formules nutritives - lait écrémé/ huile de coco <i>Portagen</i></p>	<p>VA5</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>formules nutritives - monomériques <i>Tolerex,</i> <i>Vivonex Plus,</i> <i>Vivonex</i> <i>Pédiatrique,</i> <i>Vivonex T.E.N.</i></p>	<p>VA98</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pour l'alimentation entérale ; ◆ 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; ◆ Pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale; ◆ Pour les personnes souffrant de fibrose kystique;

Médicaments

Codes et indications

<p>formules nutritives - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons) <i>Enfamil Enfacare A+</i>, <i>Similac Advance Neosure</i></p>	<p>VA104</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>formules nutritives - semi-élémentaires <i>Optimental</i>, <i>Peptamen</i>, <i>Peptamen 1.5</i>, <i>Peptamen AF</i>, <i>Peptamen Junior</i>, <i>Peptamen avec Prebio 1</i>, <i>Perative</i>, <i>Vital H.N.</i></p>	<p>VA98</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pour l'alimentation entérale ; ◆ 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; ◆ Pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale; ◆ Pour les personnes souffrant de fibrose kystique;

Médicaments	Codes et indications
magnésium (hydroxyde de)/aluminium (hydroxyde d')	VA59 Comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave; <i>Note : Les diagnostics ou les justifications reliés à l'usage comme antiacide ne satisfont pas aux indications de paiement.</i>
sévélamer (chlorhydrate de) <i>Renagel</i>	VA3 Comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué ou non toléré; VA4 Comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave en association avec un sel de calcium, lorsque ce dernier utilisé seul, ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphorémie;