**Exemple de Formulaire de demande d’ajout/de suppression d’un médicament de la liste des médicaments de l’hôpital**

*Formulaire à soumettre dûment complété au Président du Comité Pharmaceutique et Thérapeutique de l’hôpital afin d’être examinée par le CPT.*

N° de Référence

de la demande\* :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*Complété par le CPT*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du demandeur  *Réservé au chef de service* | Département/service | Date | Signature |
|  |  |  |  |

1. **Objets de la demande**

* Ajout du produit à la liste des médicaments
* Remplacement d’un produit de la liste lequel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Suppression d’un produit de la liste

1. **Produit pharmaceutique**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du produit (DCI) |  |
| Catégorie thérapeutique |  |
| Forme galénique (cpr/inj/sirop…) |  |
| Dosage |  |
| Conditions de stockage/stabilité |  |

2.1 Existe-t-il un générique pour ce médicament ?   □ Oui □ Non

2.2 Ce médicament figure-t-il sur la liste nationale des médicaments essentiels ? □ Oui □ Non

2.3 Ce médicament figure-t-il sur la liste des médicaments essentiels de l’OMS ? □ Oui □ Non

2.4 Existe-il un autre médicament de cette catégorie dans la liste de l’hôpital ? □ Oui □ Non

Si oui le(s)quel(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Indications**

Enumérez toutes les indications de ce produit

|  |
| --- |
| Indications Principales |
|  |
| Indications secondaires |
|  |

1. **Informations pharmacologiques**

|  |  |
| --- | --- |
| Pharmacologie, modes d’action principaux |  |
| Posologie (y.c durée de ttt) |  |
| Effets indésirables |  |
| Pharmacocinétique |  |
| Interactions médicamenteuses |  |
| Mise en garde et Précautions d’emploi  (y.c suivi clinique/biologique requis) |  |
| Contre-indications |  |
| Grossesse et allaitement |  |

1. **Justification de la demande**

|  |
| --- |
| Les motifs complets de la demande et les références bibliographiques à l’appui. Le cas échéant, comparez le médicament proposé avec le(s) médicament(s) de la même catégorie thérapeutique présent(s) sur la liste en ce qui concerne l’efficacité, la tolérance et la sécurité ainsi que le rapport coût-efficacité. |
|  |
| Références bibliographiques |
|  |

* 1. Quel est le nombre estimé de patients par an concerné par ce produit ? \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| □ Oui | □ Non |

* 1. L’hôpital possède-t-il des compétences cliniques et des services de laboratoires nécessaires pour l’utilisation du médicament ?

1. **Conflits d’intérêts**

*(Un formulaire « déclaration d’intérêts » dûment rempli doit également être joint à la demande)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6.1 Avez-vous déjà utilisé des échantillons du médicament ? | □ Oui | □ Non |
| 6.2 Avez-vous déjà utilisé le médicament lors d’un essai clinique ou d’une évaluation ? | □ Oui | □ Non |
| 6.3 Avez-vous assisté à une conférence parrainée par les fabricants du médicament au cours des deux dernières années ? | □ Oui | □ Non |
| 6.4 Avez-vous vous-même ou votre département/service, reçu des fabricants du médicament un financement, des subventions, ou du matériel au cours des deux dernières années ? | □ Oui | □ Non |

1. **Approvisionnement** *(Réservé à la pharmacie et au personnel responsable des achats)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 1. Le médicament est-il disponible sur le marché ? | □ Oui | □ Non |
| * 1. La qualité du médicament sur le marché peut-elle être considérée   comme acceptable ? | □ Oui | □ Non |
| 7.3 Existe-t-il une chaîne d’approvisionnement de qualité acceptable ? | □ Oui | □ Non |
| 7.4 Quelle est l’estimation du coût total prévu pour l’hôpital ? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | /patient |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | /année |

1. **Décision du Comité pharmaceutique et thérapeutique**

La présente demande a été examinée par les membres du comité pharmaceutique et thérapeutique

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Décision (approuvée /non approuvée) | Raisons principales | |
|  |  | |
| Date | Nom et Signature du Président du CPT | Nom et Signature du Directeur de l’hôpital |
|  |  |  |