

Veuillez envoyer le formulaire rempli par télécopieur au **506-867-4872** ou au **1-888-455-8322**.

Les formulaires incomplets seront renvoyés au demandeur afin qu'il fournisse les renseignements manquants.

Si aucune adresse postale ni aucun numéro de télécopieur n'est fourni, nous ne serons pas en mesure d'envoyer une réponse.



Section 1 – Renseignements sur le demandeur

| | |
|---|-------------|
| Prénom | |
| Nom de famille | |
| Adresse postale (rue, ville, province, code postal) | |
| Téléphone | Télécopieur |

Section 2 – Renseignements sur le patient

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Prénom | | | | | | | | | | |
| Nom de famille | | | | | | | | | | |
| N° d'assurance-maladie (essentiel pour traiter la demande) | <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | | | | | | | | | | |

Section 3 – Médicament demandé

Demands prises en considération pour les comprimés de bupropion ou les timbres à la nicotine (pas les deux).
Sélectionnez un des choix suivants :

Bupropion 150 mg deux fois par jour. Un maximum de 168 comprimés additionnels sera permis annuellement.

Nicotine Nombre de timbres par jour : _____
Durée prévue du traitement : _____

Section 4 – Renseignements thérapeutiques

Comprimés de bupropion additionnels

i. Il est très probable que la personne cesse de fumer à l'aide d'une thérapie additionnelle : Oui Non

ii. Précisez le nombre de cigarettes fumées chaque jour avant la thérapie au bupropion : _____

iii. Précisez le nombre de cigarettes actuellement fumées chaque jour : _____

Timbres à la nicotine additionnels (RÉSERVÉ aux participants du modèle d'Ottawa)

i. Nom de l'hôpital, de la clinique, du centre de santé, etc. participant au modèle d'Ottawa. Veuillez préciser :

ii. Précisez le nombre de cigarettes fumées chaque jour avant la thérapie de remplacement de la nicotine :

iii. Précisez le nombre de cigarettes actuellement fumées chaque jour :

Section 5 - Signature du demandeur

| | | |
|-----------|-----------------------------------|-------------------|
| Signature | No de permis ou d'immatriculation | Date (JJ/MM/AAAA) |
|-----------|-----------------------------------|-------------------|

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments sur ordonnance et médicaments onéreux* ou de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance*. Ils seront utilisés et divulgués aux fins de l'administration des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick (Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et Régime médicaments du Nouveau-Brunswick). Ils peuvent être utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*.