



Correctional Service
Canada

Service correctionnel
Canada

Sol No. 21120-161512



SAFETY, RESPECT
AND DIGNITY
FOR ALL

LA SÉCURITÉ,
LA DIGNITÉ
ET LE RESPECT
POUR TOUS

Formulaire national du SCC

Avril 2016

Formulaire national du SCC

Le Formulaire est publié deux fois par année (décembre et est mis à jour en juin).

Formulaire national du SCC	
Auteur / BPR :	Direction des services cliniques, Secteur des services de santé
<i>Available in English :</i>	CSC National Formulary
Version électronique :	2016-04-04
Remarque : La version la plus récente du présent document se trouve sur le réseau. Si on consulte plutôt une version imprimée, il faut s'assurer qu'elle correspond à la dernière version électronique.	

Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1. Objet du Formulaire national	1
2. Politiques relatives au Formulaire national.....	2
2.1. Lois et règlements	2
2.2. Politiques du SCC – DC.....	2
2.3. Politiques du SCC – Lignes directrices.....	2
3. Comités de pharmacie et de thérapeutique	
3.1 Comités de pharmacie et de thérapeutique du SCC	3
3.2. Processus d’examen des médicaments.....	3
3.2.1. Processus d’examen des médicaments figurant dans le Formulaire national.....	3
3.2.2. Nouveaux médicaments, nouvelles associations médicamenteuses et nouvelles indications	3
3.2.3. Autres (y compris les extensions de gamme et les médicaments génériques)	4
3.3. Lignes directrices sur l’ajout ou le retrait de médicaments et des vaccins.....	5
3.3.1. Ajout de médicaments.....	5
3.3.2. Ajout des vaccins	6
3.3.3. Retrait de médicaments et de vaccins	6
4. Catégories de médicaments inscrits.....	7
4.1. Médicaments inscrits sans restriction.....	7
4.2. Médicaments inscrits sous réserve de certains critères	7
4.3. Médicaments inscrits d’exception.....	8
4.4. Médicaments non inscrits.....	8
4.5. Achat par les détenus de médicaments non inscrits ou non autorisés	9
4.6. Échantillons pharmaceutiques.....	9
4.7. Programme d’accès aux médicaments non commercialisés.....	9
5. Restrictions relatives à la quantité de médicaments distribuée et/ou à la durée du traitement.....	10
5.1. Approvisionnement pour 28 jours.....	10
5.2. Approvisionnement pour 7 jours.....	10
5.3. Restrictions relatives à certains médicaments	11
5.4. Traitement sous observation directe (TOD) et processus d’accès aux médicaments.....	11
5.5. Modification des formes posologiques orales.....	12
5.6. Arrêt automatique des médicaments – Aucune quantité précisée.....	12
6. Lignes directrices spéciales sur la prescription	13
6.1. Somnifères	13
6.2. Benzodiazépines – réduction progressive	13
6.3. Carte de conformité.....	14
7. Processus de demandes hors-pharmacopées.....	14
7.1. Médicaments composés	15
7.2. Médicaments d’exception	16
7.3. Demandes de non-remplacement	16
7.4. Dérogation au Programme des médicaments thérapeutiquement interchangeables.....	16
7.5. Dérogation aux restrictions relatives à la quantité ou à la durée du traitement.....	16
8. Continuité des soins.....	17
8.1. Directives générales	17
8.2. Narcotiques, drogues contrôlées et substances ciblées	17

8.3.	Carte de conformité.....	17
8.4.	Produits ne figurant pas dans le Formulaire national.....	18
8.4.1.	Détenus recevant actuellement ou ayant récemment reçu des médicaments inscrits sous réserve de certains critères ou des médicaments hors pharmacopées	18
8.4.2.	Remise initiale (à l'admission).....	18
8.4.3.	Autorisations expirées.....	18
9.	Informations/outils liés aux médicaments approuvés par le Comité de pharmacie et thérapeutique.....	19
9.1.	Tableau : Ostéoporose – Risque fracturaire sur 10 ans.....	19
9.2.	Traitement de l'« allergie » aux opioïdes.....	19
9.2.1.	Objet.....	19
9.2.2.	Les faits.....	19
9.2.3.	Symptômes à considérer	20
9.2.4.	Choix de traitement.....	20
Annexe A.Médicaments inscrits au formulaire présentés selon la classification de l'AHFS	22
Annexe B.Programme des médicaments thérapeutiquement interchangeables	61
B-1.	Corticostéroïde – Liste d'ingrédients uniques interchangeables.....	76
Annexe C.	...Médicaments inscrits sous réserve de certains critères	77
Index.....		107

1. INTRODUCTION

Le Service correctionnel du Canada (SCC) fournit les médicaments sous ordonnance aux détenus des établissements fédéraux du Canada. Cinq régions assurent la distribution de médicaments sous ordonnance auprès de 57 établissements fédéraux qui, dans certains cas, sont rattachés à des centres de traitement et (ou) à des hôpitaux ouverts 24 heures sur 24.

Le Formulaire national du SCC est une liste de médicaments que le SCC paie pour les détenus à qui il donne des services de santé essentiels. Il a été créé après la formation du Comité national de pharmacie et de thérapeutique du SCC (Octobre 2007). Le Comité est constitué de médecins, de pharmaciens, de membres du personnel infirmier et de membres spéciaux possédant diverses formes d'expertise.

1.1. Objet du Formulaire national

Le Formulaire national du SCC a été conçu pour favoriser le choix des traitements pharmacologiques optimaux, présentant un bon rapport coût-efficacité, par les médecins et les pharmaciens.

Tous les établissements du SCC doivent respecter le Formulaire national. Les processus et les listes du Formulaire national s'appliquent aux centres correctionnels communautaires (CCC) et doivent être utilisés par les pharmacies secondaires dans toute la mesure du possible.

- **Les professionnels de la santé qui travaillent à contrat** doivent respecter le Formulaire national et se conformer aux exigences relatives à la justification des demandes concernant les médicaments non inscrits sur le Formulaire national. Ce faisant, le médecin de l'établissement doit examiner toutes les ordonnances reçues d'un conseiller de l'extérieur et soit les approuver, soit les rejeter. Il est possible que les conseillers de l'extérieur ne connaissent pas les politiques du SCC sur les médicaments.
- **Les pharmaciens de l'établissement** doivent passer en revue toutes les ordonnances de médicaments pour vérifier si elles sont conformes au Formulaire national.
- **Les chefs des Services de santé** doivent appuyer l'application du Formulaire national et veiller à ce qu'il soit observé dans leur établissement respectif.

2. POLITIQUES RELATIVES AU FORMULAIRE NATIONAL

2.1. Lois et règlements

- [Loi et Règlement sur les aliments et drogues du Canada](#)
- [Loi et réglementant certaines drogues et autres substances](#)
- Normes de pratique professionnelle provinciales-territoriales

2.2. Politiques du SCC – DC

- [DC 805 Administration des médicaments](#)

2.3. Politiques du SCC – Lignes directrices

- [Lignes directrices sur la planification de la continuité des soins après le transfèrement ou la mise en liberté des délinquants : démarche axée sur la clientèle \[Santé publique\]](#)
- [Lignes directrices sur la planification clinique du renvoi et de la mise en liberté et l'intégration communautaire](#)
- [Lignes directrices spécifiques pour le traitement de la dépendance aux opiacés \(méthadone/SuboxoneMD\)](#)
- [Lignes directrices sur les soins palliatifs du Service correctionnel du Canada](#)
- [Lignes directrices - Distribution et administration de médicaments](#)
- [Clozapine – Protocole de traitement](#)

3.0 COMITÉS DE PHARMACIE ET DE THÉRAPEUTIQUE

3.1 Comité de pharmacie et de thérapeutique du SCC

Le Comité national de pharmacie et de thérapeutique est un comité permanent qui fournit au SCC des conseils relativement aux traitements pharmacologiques qui ont une incidence sur la santé et le bien-être des détenus. Le Comité soutient la prestation de traitements pharmacologiques optimaux, en fonction des ressources financières allouées.

Les objectifs du Comité sont les suivants :

- émettre des recommandations au sujet des listes de médicaments figurant dans le Formulaire national du SCC, au terme d'une évaluation objective de l'efficacité thérapeutique, de l'innocuité et du coût des produits pharmaceutiques;
- conseiller au SCC d'accepter ou de refuser les recommandations formulées par le CCEM (Comité canadien d'expertise sur les médicaments) suite aux évaluations du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM).
- formuler et recommander l'adoption de politiques sur la sélection, la distribution et l'utilisation thérapeutique de médicaments dans les établissements du SCC; le présent point vise également les recommandations relatives aux activités et aux études portant sur l'évaluation de l'utilisation de médicaments;
- recommander des programmes de formation, destinés aux employés du SCC et aux détenus, sur des questions relatives à l'utilisation de médicaments.

3.2 Processus d'examen des médicaments

3.2.1 *Processus d'examen des médicaments figurant dans le Formulaire national*

Le processus d'examen de révision des médicaments dont la couverture est envisagée dépend de la catégorie de médicament, décrite ci-dessous.

L'argent nécessaire à la couverture offerte par le SCC étant puisé à même les deniers publics, le SCC cherchera à réaliser des économies dans toute la mesure du possible. Ainsi, l'achat des produits se fera en fonction du **meilleur prix offert sur le marché** ou en fonction du **médicament équivalent le moins coûteux**, s'il existe des produits interchangeableables. Le pharmacien peut, à sa discrétion, trouver les produits interchangeableables et choisir l'équivalent le moins coûteux dans sa région.

3.2.2 *Nouveaux médicaments, nouvelles associations médicamenteuses et nouvelles indications*

Le processus d'examen s'appliquant à cette catégorie (nouvelles entités chimiques, nouvelles associations médicamenteuses et entités chimiques existantes dont les indications ont été modifiées) est décrit ci-dessous :

- Le fournisseur transmet la demande à l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS).

- Le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) examine avec objectivité et rigueur l'efficacité et la rentabilité de médicaments et les observations de patients à leur sujet et les transmet au Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM).
- Le CCEM émet des recommandations au sujet des listes de médicaments et les soumet aux régimes d'assurance-médicaments participants, y compris celui du Service correctionnel du Canada, pour examen.
- Le SCC décide de l'ajout de médicaments à sa liste en se fondant sur les recommandations du CCEM et du CNPT ainsi que d'autres facteurs pertinents, tels que le mandat, les priorités et les ressources. Avant de répertorier un nouveau médicament, de rendre un nouveau médicament disponible, ou d'étendre la liste des critères selon les recommandations du PCEM, le SCC devra attendre que le médicament soit ajouté (ou modifié) dans les régimes d'assurances médicament provinciales dans les 8 provinces où se situent les établissements du SCC (c.-à-d. Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Québec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et la Colombie-Britannique).

Pour une liste des exigences qui s'appliquent à la présentation d'une demande par les fabricants et un sommaire des procédures du Programme commun d'évaluation des médicaments, s'adresser à l'organisme suivant :

Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM)
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)
865, avenue Carling, bureau 600
Ottawa (Ontario) K1S 5S8
Téléphone : 613-226-2553
Site Web : www.acmts.ca

3.2.3 Autres (y compris les extensions de gamme et les médicaments génériques)

Le processus d'examen associé à cette catégorie est décrit ci-dessous :

- Les demandes peuvent être envoyées à la pharmacie régionale à l'aide du formulaire Demande d'ajout/retrait d'un produit du Formulaire national (CSC-SCC 1415-1).
- Le pharmacien régional examine les demandes et peut les approuver pour sa région, à sa discrétion, ou les transmettre au Comité national de pharmacologie et de thérapeutique du SCC.
- **Les médicaments génériques** sont considérés aux fins d'inclusion dans le Formulaire national en fonction des critères énoncés en 3.4.1.
- Seuls les médicaments ayant fait l'objet d'un avis de conformité de Santé Canada seront pris en considération.

3.3 Lignes directrices sur l'ajout ou le retrait de médicaments et des vaccins

3.3.1 Ajout de *médicaments*

Tous les médicaments que l'on envisage d'inscrire sur la liste ou qui y figurent déjà en tant que prestations pharmaceutiques doivent satisfaire aux exigences suivantes :

- ils doivent avoir reçu un avis de conformité de Santé Canada;
- ils doivent être conformes au mandat et aux politiques du Service correctionnel du Canada.

Les critères suivants orientent les décisions relatives à l'inscription d'un produit pharmaceutique sur la liste de médicaments :

- | | |
|---------------------------------|---|
| Produits généraux | <ul style="list-style-type: none"> • preuve de l'efficacité thérapeutique • preuve de l'innocuité • preuve que les avantages accrus justifient le coût accru • conformité avec le mandat et les politiques du SCC • de nouvelles formulations et de nouvelles concentrations de produits figurant sur la liste peuvent s'ajouter aux produits déjà approuvés ou les remplacer |
| Produits génériques | <ul style="list-style-type: none"> • inclus dans le Formulaire national une fois un avis de conformité émis, en tenant également compte d'autres facteurs pertinents |
| Produits d'association | <p>L'inscription est envisagée si les critères suivants sont remplis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • chaque élément de l'association contribue à l'effet allégué; • l'association est justifiée sur le plan pharmacologique ou pharmaceutique; • la posologie de chaque élément (dose, fréquence et durée) est telle que l'association est efficace et sans danger pour une grande partie de la population visée par ce traitement associé, tel que défini sur l'étiquette du produit; • le coût de l'association est inférieur aux coûts additionnés de chacun des produits, ou des preuves scientifiques montrent que les avantages de l'association l'emportent sur l'augmentation du coût; • il a été prouvé que le produit entraîne une amélioration de l'observance du traitement, d'où une efficacité clinique accrue. |
| Produits à libération prolongée | <ul style="list-style-type: none"> • Des études cliniques ont montré que l'ingrédient actif est sûr et efficace lorsqu'il est administré dans une préparation à libération prolongée. • La préparation présente un avantage thérapeutique dans le traitement de l'affection pour laquelle elle est indiquée. On entend par avantage thérapeutique : une efficacité plus grande par rapport à la formulation classique sans augmentation de la toxicité ou encore une toxicité moindre associée à une efficacité plus grande ou comparable. • Il a été prouvé que le produit entraîne une amélioration de l'observance du traitement, d'où une efficacité clinique accrue. • Il a été prouvé que le produit à libération prolongée présente un rapport coût-efficacité au moins aussi élevé que l'équivalent classique le moins coûteux |

actuellement couvert.

- Il n'existe pas de forme posologique classique du médicament inscrit qui puisse être facilement disponible.

Remarque: Une fois que la décision est prise d'ajouter un médicament, la concentration disponible sera normalisée et réduite au minimum.

3.3.2 Ajout des vaccins

Les critères suivants orientent les décisions relatives à l'inscription d'un vaccin sur la liste de médicaments :

- Le vaccin est approuvé par Santé Canada.
- Le vaccin a une recommandation de niveau A provenant du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) (c.-à-d. que le vaccin est sécuritaire et efficace).
- Le vaccin protège contre une infection qui poserait un fardeau significatif pour le système de santé, et peut être défini selon la gravité (causant la mort, invalidité ou hospitalisation) et/ou sa fréquence (touchant une proportion significative de la population).
- Le vaccin a un bon rapport coût-efficacité.
- Si le vaccin est financé par l'État et que le détenu rencontre les critères, il/elle pourra recevoir le vaccin conformément aux normes communautaires. Si le vaccin n'est pas financé par l'État, le SCC pourrait procurer le vaccin pour le détenu s'il y a bénéfice pour la durée de l'incarcération. Le vaccin peut aisément être intégré dans le calendrier courant d'immunisation du SCC.
- Le vaccin est essentiel vue l'environnement unique du SCC.
- La liste complète des vaccins fournis par le SCC se trouve dans les [Lignes directrices nationales relatives à l'immunisation des détenus](#).

3.3.3 Retrait de médicaments et de vaccins

Les critères suivants orientent les décisions relatives à la radiation ou au retrait *potentiel* d'un médicament ou d'un vaccin du Formulaire national du SCC :

- lorsque le médicament n'est plus offert sur le marché canadien;
- lorsque de nouveaux produits présentant des avantages ou des améliorations thérapeutiques clairement démontrés ont été ajoutés à la liste;
- lorsque de nouvelles données sur la toxicité du produit modifient son rapport risques-avantages et rendent inapproprié son maintien sur la liste;
- lorsque de nouveaux renseignements démontrent que le produit ne présente pas les avantages thérapeutiques escomptés;
- lorsque le prix d'acquisition est trop élevé par rapport aux avantages offerts;
- lorsque le médicament comporte un risque élevé de consommation abusive ou de mauvais usage;
- à la discrétion du Comité national de pharmacologie et de thérapeutique, lorsque le maintien du médicament ou du vaccin sur la liste entraîne des répercussions indésirables d'ordre financier ou administratif, ou sur le plan de l'approvisionnement.

4 CATÉGORIES DE MÉDICAMENTS INSCRITS

Seuls les produits figurant dans le Formulaire national du SCC ou ceux approuvés par exception sont couverts pour la population carcérale.

4.1 Médicaments inscrits sans restriction

Les médicaments figurant dans la liste des médicaments inscrits sans restriction sont ceux qui ne nécessitent pas d'approbation préalable. Dans certains cas, les médicaments privilégiés inscrits dans le Formulaire national dans le cadre du Programme des médicaments thérapeutiquement interchangeables (annexe B) peuvent être remplacés par d'autres médicaments ou molécules pharmacologiques thérapeutiques.

4.2 Médicaments inscrits sous réserve de certains critères

- Certains produits ne peuvent figurer sur la liste générale de médicaments, mais peuvent tout de même être utiles dans certaines circonstances. Ces produits peuvent être recommandés avec la mention « médicaments inscrits sous réserve de certains critères » et sont présentés en détail dans l'annexe C : Médicaments inscrits sous réserve de certains critères.
- Un produit peut être désigné comme « inscrit sous réserve de certains critères » s'il remplit *l'une ou l'autre* des conditions suivantes :
 - il comporte un fort risque d'utilisation en dehors des indications pour lesquelles un avantage a été démontré;
 - son efficacité a été démontrée, mais son utilisation s'accompagne d'effets indésirables prévisibles importants;
 - il s'agit généralement d'un médicament de deuxième ou de troisième intention, et son utilisation est justifiée parce que le produit de première intention comporte un risque d'allergies, d'intolérance ou de non-respect ou d'échec du traitement;
 - on considère qu'il s'agit d'un des nombreux médicaments qui font partie d'une catégorie thérapeutique précise et qui suscitent une réponse thérapeutique comparable et on envisage d'y recourir seulement après que les autres médicaments « privilégiés » de la même catégorie ont été mis à l'essai sans donner les résultats voulus;
 - il est très coûteux, et il existe d'autres choix thérapeutiques aussi efficaces sur la liste établie.
- Un code identifiant la raison pour l'utilisation (RPU) est assigné à la majorité des critères. Les médicaments seront fournis par la pharmacie lorsque prescrit conformément aux critères and accompagnés par une ordonnance valide et complète, incluant le code RPU correspondant sur l'ordonnance. Le code vérifie que le patient rencontre les critères. Le code RPU peut être communiqué par une des méthodes suivantes :
 - en écrivant sur le formulaire Ordres du médecin (CSC-SCC 0471-02) ou le Bilan comparative des médicaments (CSC-SCC 1244f)
 - verbalement pour une ordonnance par téléphone commandée par un médecin ou un membre du personnel infirmier

Nota : si un code applicable ne se trouve pas, il faut compléter le formulaire [Demande de médicament sous réserve de certains critères et hors pharmacopées](#) (CSC-SCC 1415).

4.3 Médicaments inscrits d'exception

Un médicament ne figurant pas explicitement sur la liste des médicaments inscrits sans restriction ou qui ne rencontre pas tous les critères du Formulaire peut être autorisé dans des circonstances particulières. Le médecin traitant doit présenter une demande d'exception en remplissant le formulaire [Demande de médicament sous réserve de certains critères et hors pharmacopées](#) (CSC-SCC 1415).

Ces demandes seront examinées au cas par cas.

Les demandes d'exception seront étudiées si les critères suivants sont remplis :

- l'ordonnance est rédigée pour une indication clinique reconnue et la dose prescrite est étayée par des données probantes publiées ou par l'opinion d'une autorité reconnue;
- il a été démontré cliniquement que les autres traitements existants sont inefficaces, qu'ils sont contre-indiqués ou qu'ils présentent un profil de toxicité élevé (une préférence personnelle ne peut justifier une exception);
- il existe des preuves importantes que le médicament demandé est d'une efficacité supérieure aux autres produits de la liste.

4.4 Médicaments non inscrits

Sont présentés ci-dessous certains produits qui **ne sont pas couverts** par le SCC.

EXCLUSIONS DU FORMULAIRE NATIONAL
1. Médicaments brevetés, comme le sirop Buckley contre la toux, l'extrait de fraise sauvage, etc., qui ne sont pas couverts par la province.
2. Certains médicaments en vente libre qui sont associés à des risques de consommation abusive.
3. Préparations buccales et nasales et produits pour la gorge en vente libre, notamment des décongestionnants.
4. Produits pour la toux et le rhume, délivrés sur ordonnance et en vente libre (p. ex. antitussifs, expectorants et décongestifs).
5. Multivitamines et suppléments minéraux offerts en vente libre comme suppléments alimentaires courants.
6. Produits pour la perte de poids (délivrés sur ordonnance et en vente libre).
7. Produits utilisés en médecine alternative, comme la glucosamine et l'huile d'onagre.
8. Antiacides pour l'indigestion et les brûlements gastriques non compliqués.
9. Produits destinés à faciliter le sevrage tabagique.
10. Produits cosmétiques.
11. Savons, nettoyants et shampooings, médicamenteux ou non.
12. Remèdes traditionnels, comme la calamine, la teinture d'iode, le peroxyde d'hydrogène, les antiseptiques et les désinfectants.
13. Traitements contre l'acné jugée bénigne et spontanément résolutive. Il importe de souligner que les produits contre les formes d'acné jugées modérées ou sévères ne sont pas considérés comme des produits cosmétiques et peuvent être couverts.
14. Tous les produits pharmaceutiques utilisés pour le traitement de l'infertilité.
15. Produits destinés au traitement de l'impuissance et de la dysfonction sexuelle.
16. Médicaments en cours d'expérimentation.
17. Stimulants de la pousse de cheveux.
18. Médicaments non couverts comme prestations admissibles par suite d'un examen fait par le Comité national de pharmacologie et de thérapeutique, recommandant leur exclusion du Formulaire national.
19. Médicaments rejetés par l'Examen commun des médicaments (ECM) ou le Comité national de pharmacologie et de thérapeutique du SCC parce que les données publiées ne militent pas en faveur de l'efficacité clinique desdits produits ou ne justifient pas leur coût par rapport à celui d'autres traitements

existants, ou parce qu'il n'existe pas suffisamment de données cliniques à l'appui de leur couverture.
20. Médicaments à l'égard desquels les provinces et les territoires ont présenté des recommandations à la lumière de signalements de cas répandus d'utilisation non conforme à l'étiquette, pouvant représenter un risque pour la sécurité des patients.

REMARQUE : Les demandes des détenus concernant les questions d'ordre alimentaire ou nutritionnel devraient être adressées aux Services d'alimentation des établissements. Ces produits ne seront pas envoyés par la pharmacie.

4.5 Achat par les détenus de médicaments non inscrits ou non autorisés

Sauf pour la courte liste ci-dessous, le SCC ne rendra pas accessibles les médicaments qui sont exclus du Formulaire national ou qui n'ont pas été autorisés dans le cadre du processus de demande de médicament hors pharmacopées, même si le détenu en assume les coûts.

Xenical – orlistat 120mg
Propecia – finastéride 1mg
Zovirax crème et onguent – acyclovir

Les médicaments ci-dessus doivent être prescrits par un médecin du SCC et achetés d'une pharmacie externe du SCC. Le détenu sera responsable pour tous les coûts attribués à la transaction.

4.6 Échantillons pharmaceutiques

Les échantillons pharmaceutiques sont des médicaments dont l'utilisation est approuvée au Canada et qui sont fournis gratuitement par le fabricant au médecin ou à la pharmacie régionale. Conformément aux règles de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, les échantillons de médicaments, qu'ils figurent ou non dans le Formulaire national, ne doivent pas être reçus, entreposés ou gérés par les pharmacies régionales ou les établissements du SCC.

4.7 Programme d'accès aux médicaments non commercialisés

Les médicaments qui ne sont pas encore disponibles sur le marché au Canada peuvent souvent être obtenus avec l'approbation du Programme d'accès spécial de Santé Canada. Lorsqu'il y a un coût associé avec ces médicaments, l'approbation du pharmacien régional pour le paiement de ces coûts doit être obtenu avant d'obtenir l'approbation de Santé Canada. Une fois que le remboursement est approuvé, le médecin doit obtenir l'approbation du Programme d'accès spécial en remplissant un [Formulaire de demande d'accès spécial](#). L'approbation de Santé Canada doit être réacheminée à la pharmacie régionale, qui commandera le médicament du fabricant et le distribuera à l'institution.

5 RESTRICTIONS RELATIVES À LA QUANTITÉ DE MÉDICAMENTS DISTRIBUÉE ET/OU À LA DURÉE DU TRAITEMENT

Les comprimés fournis dans des plaquettes alvéolées seront distribués en diverses quantités (28 jours, sept jours, doses unitaires individuelles, etc.).

Les exemples fournis dans la présente section visent à permettre aux pharmacies régionales et aux services de santé en établissement de se conformer aux lignes directrices nationales. Un établissement peut en tout temps choisir, s'il le juge approprié, d'imposer des conditions plus strictes. Ces restrictions ne s'appliquent pas aux médicaments remis au moment de la libération.

5.1 Approvisionnement pour 28 jours

Sauf en cas de restriction, les médicaments oraux sont distribués dans une plaquette alvéolée qui contient la quantité nécessaire pour quatre semaines (28 jours). Dans le cas des médicaments prescrits pour un mois, un calendrier standard de quatre semaines sera utilisé dans l'ensemble des établissements du SCC.

On peut obtenir des copies du calendrier à la pharmacie régionale.

5.2 Approvisionnement pour 7 jours

Les médicaments suivants ne peuvent être délivrés pour plus de sept jours à la fois. Les établissements peuvent ajouter d'autres médicaments dont la distribution serait assujettie à une limite de sept jours.

Médicaments contre le trouble déficitaire de l'attention avec hyperTeneur (non narcotiques/contrôlés)	Atomoxétine (Strattera)
Antidépresseurs	-Antidépresseurs (exception dans le cas des ISRS , lesquels peuvent être remis pour une période de 28 jours) -Inhibiteurs de la monoamine oxydase -Tricycliques -Autres inhibiteurs du transport de substances chimiques (Mirtazapine, etc.)
Anticoagulants	Warfarine
Antipsychotiques/neuroleptiques	Typiques et atypiques
Traitements contre le trouble bipolaire	Lithium, L-Tryptophane.
Gabapentine	Des restrictions supplémentaires peuvent être placées sur des patients spécifiques ou dans des établissements spécifiques tels que nécessaires.

5.3 Restrictions relatives à certains médicaments

La durée du traitement et la quantité de comprimés délivrés sont limitées à l'égard de certains médicaments. Une demande de dépassement de la limite applicable à la durée du traitement doit être accompagnée du formulaire [Demande de médicament sous réserve de certains critères et hors pharmacopées](#) (CSC-SCC 1415). Dans le cas de médicaments susceptibles de faire l'objet d'une utilisation abusive, on recommande aux pharmacies régionales de continuer de limiter la quantité de comprimés délivrés en se fondant sur la durée du traitement.

MÉDICAMENT	APPROVISIONNEMENT EN JOURS
Cyclobenzaprine (Flexeril)	5 jours
Méthocarbamol (Robaxin)	5 jours
Diphenhydramine (Benadryl)	5 jours
Dimenhhydrinate (Gravol)	3 jours
Hydroxyzine (Atarax)	5 jours
Kétorolac (Toradol)	7 jours

Toutes ordonnances en continue pour les médicaments ci-haut doivent être accompagnées du formulaire [Demande de médicament sous réserve de certains critères et hors pharmacopées](#) (CSC-SCC 1415), afin de fournir une justification pour la continuation de la thérapie.

Nota: en continue est définie comme trois ordonnances dans une période de deux mois.

5.4 Traitement sous observation directe (TOD) et processus d'accès aux médicaments

Les médicaments qui ne peuvent pas être délivrés aux détenus pour être autoadministrés peuvent être fournis comme suit :

- par traitement sous observation directe (TOD), dans quel cas les médicaments doivent être ingérés par le détenu en présence d'un membre du personnel des soins de santé, ou
- si aucun membre du personnel des soins de santé n'est disponible, en suivant le processus d'accès aux médicaments décrit dans les Lignes directrices sur la distribution et l'administration de médicaments.

Ces processus seront utilisés dans le cas de certains médicaments associés à des « risques élevés » où l'on se préoccupe de la sécurité, du risque d'usage détourné et de l'observance.

Sauf si la situation dans l'établissement rend la chose impossible, le tableau ci-dessous énumère les médicaments qui doivent être donnés par traitement sous observation directe ou selon le processus d'accès aux médicaments. De plus, le personnel des soins de santé peut imposer un TOD ou une restriction d'accès aux médicaments à des patients particuliers. Les établissements peuvent restreindre l'accès à d'autres médicaments en imposant le TOD ou le processus d'accès aux médicaments.

Médicament TOD	Commentaires
Narcotiques – tous	Exemple : Kadian, nabilone. Sauf dans le cas de Tylenol n° 2 et de Tylenol n° 3, pour lesquels on peut offrir une provision d'une journée .
Médicaments contrôlés – tous	Exemple : méthylphénidate, Dexédrine, Vyvanse.

Substances visées	Toutes les benzodiazépines. Une exception est prévue pour l'aire d'admission, où l'on peut offrir une provision d'une journée.
Médicaments pour le traitement de la tuberculose	Par exemple, l'éthambutol, la pyrazinamide, la rifabutine, la rifampicine, l'isoniazide et d'autres antibiotiques, lorsqu'ils sont utilisés pour la prévention ou le traitement de la tuberculose. La pyridoxine est associée au traitement par l'isoniazide.
Médicaments pour traitement pour l'hépatite C (à l'exclusion du bocéprévir du peg-interféron et le ribavirin) - provision d'une journée	Inclus : siméprévir (Galaxos), sofosbuvir (Sovaldi), sofosbuvir/ledipasvir (Harvoni) et ombitasvir+paritaprevir+ritonavir+dasabuvir (Holkira Pak).
Autres	Bupropion

5.5 Modification des formes posologiques orales

Afin de s'assurer que le médicament est complètement ingéré et de protéger la sécurité du détenu à l'égard des formulations qui sont en demande, il est possible de modifier les médicaments qui se présentent sous une forme posologique orale à condition que cette pratique ne nuise pas à la libération du produit ou à son efficacité thérapeutique. **Svp veuillez confirmer avec la Pharmacie régionale avant de modifier la forme/prise d'un médicament si elle n'est pas décrite ci-dessous.**

Les médicaments suivants **doivent** être administrés sous forme orale modifiée :

- **Capsules à action prolongée de Kadian et Vyvanse** – Les capsules **doivent** être ouverts et le contenu **doit** être administré de la manière suivante : on **doit** saupoudrer les granules sur une petite quantité d'aliment à texture molle (comme le yogourt, la compote de pommes ou la confiture) **OU** on **doit** le dissoudre dans un verre d'eau. Si saupoudré, le produit **doit** être ingéré dans les 30 minutes qui suivent, et si dissout dans l'eau, le produit **doit** être ingéré immédiatement. Les granules ne doivent pas être mastiqués, ni écrasés, et la bouche **doit** être rincée pour que l'on ait la certitude que toutes les granules ont été avalées.
- **Comprimés et capsules à libération immédiate de Dexedrine et de méthylphénidate** – ces médicaments ne doivent pas être administrés avec le mécanisme de libération prolongée ou retardée du produit médicamenteux. Les comprimés et/ou capsules **doivent** être écrasés et mélangés à des aliments froids **ou** dilués dans de l'eau et administrés dans les 5 à 10 minutes qui suivent pour éviter la formation d'un dépôt.

5.6 Arrêt automatique des médicaments – Aucune quantité précisée

L'arrêt automatique des médicaments est une politique administrative primordiale visant à définir la durée d'une ordonnance si aucune durée n'a été précisée par le médecin. Il appartient au personnel infirmier de surveiller les moments d'arrêt automatique applicables aux narcotiques et aux médicaments contrôlés. Il incombe au personnel de la pharmacie de surveiller les moments d'arrêt automatique applicables à toutes les autres catégories de médicaments. Toutes les ordonnances de narcotiques, excluant la méthadone et les médicaments contrôlés (c.-à-d. le méthylphénidate), font l'objet d'un arrêt automatique après 84 jours, quelle que soit la durée indiquée par le médecin. Le médecin et le chef des Services de santé examinent ensemble les ordonnances de narcotiques, au moins tous les trois mois, ou plus fréquemment si nécessaire

Les durées suivantes d'arrêt automatique seront appliquées si aucune durée n'est précisée sur l'ordonnance originale rédigée par le médecin :

Médicament	Arrêt automatique des médicaments
Narcotiques simples (oraux et parentéraux)	3 jours
Sédatifs et hypnotiques	3 jours
Narcotiques en association (p. ex. Tylenol n° 3)	7 jours
Médicaments contrôlés	7 jours
Antibiotiques (y compris les antibiotiques topiques et ophtalmiques)	7 jours
Anticoagulants	7 jours
Corticostéroïdes systémiques	7 jours
Autres	28 jours

6 LIGNES DIRECTRICES SPÉCIALES SUR LA PRESCRIPTION

6.1 Somnifères

Lorsqu'on évalue les demandes relatives à des médicaments contre les troubles du sommeil, on tient compte de l'importance des bonnes pratiques d'hygiène du sommeil. Le psychologue peut faire part au médecin de l'établissement (omnipraticien) des cas d'insomnie jugés non compliqués. Ce n'est que lorsque les troubles du sommeil sont jugés « compliqués » ou sont révélateurs d'un autre trouble mental sous-jacent que les cas sont dirigés vers un psychiatre.

Le clinicien ne prescrira des hypnotiques ou des sédatifs que lorsqu'on établit que le détenu éprouve des problèmes de sommeil, et ce, seulement dans des circonstances exceptionnelles. Si des médicaments sont nécessaires, ils doivent être prescrits à la plus faible dose efficace pour une période maximale de sept jours.

Lorsqu'on veut prescrire des médicaments inscrits dans le Formulaire national en vue d'une utilisation non conforme à l'étiquette pour le traitement de troubles du sommeil et pour une durée supérieure à la limite prévue de sept jours, il convient de remplir le formulaire [Demande de médicament sous réserve de certains critères et hors pharmacopées](#) (CSC-SCC 1415).

6.2 Benzodiazépines – réduction progressive

Les détenus qui prennent déjà des benzodiazépines au moment où ils sont admis au SCC doivent remplacer leur traitement par une dose équivalente de clonazépam, et leur dose doit être graduellement réduite par le médecin. Les médecins souhaitant prescrire des benzodiazépines (sans réduction progressive) doivent utiliser le formulaire [Demande de médicament sous réserve de certains critères et hors pharmacopées](#) (CSC-SCC 1415).

Les médecins prescripteurs doivent faire preuve de jugement clinique pour fixer un calendrier acceptable de réduction progressive de la dose. Le tableau des équivalences suivant et le calendrier de réduction de la dose ne sont fournis qu'à titre indicatif. Les médecins prescripteurs peuvent modifier ce calendrier s'ils le jugent nécessaire.

Tableau des équivalences – Clonazépam

Équivalence	clonazépam	
	mg	mg
Alprazolam (Xanax)	0,5	0,25
Bromazépam (Lectopam)	3	0,25
Chlordiazépoxyde (Librium)	25	0,25
Clorazépate (Tranxene)	10	0,25
Diazépam (Valium)	5	0,25
Flurazépam (Dalmane)	15	0,25
Lorazépam (Ativan)	1	0,25
Nitrazépam (Mogadon)	2,5	0,25
Oxazépam (Serax)	15	0,25
Témazépam (Restoril)	10	0,25
Triazolam (Halcion)	0,25	0,25

Calendrier de réduction – clonazépam

	Dose initiale	Calendrier de réduction		
	mg/par jour	mg/par jour	posologie	durée
Clonazépam	10	8	4 mg b.i.d.	x 1 semaine
Clonazépam	8	6	2 mg t.i.d.	x 1 semaine
Clonazépam	6 ou 5	4	2 mg b.i.d.	x 1 semaine
Clonazépam	4	3	1 mg t.i.d.	x 1 semaine
Clonazépam	3	2	1 mg b.i.d.	x 1 semaine
Clonazépam	2	1,5	0,5 mg t.i.d.	x 1 semaine
Clonazépam	1,5	1	0,5 mg b.i.d.	x 1 semaine
Clonazépam	1 ou 0,75	0,5	0,25 mg b.i.d.	x 1 semaine
Clonazépam	0,5	0,25	0,25 mg par jour	x 1 semaine, puis ARRÊTER

6.3 Carte de conformité

L'emballage de conformité est destiné uniquement pour les détenus qui n'ont pas la capacité de gérer l'auto-administration de leurs médicaments lorsqu'ils sont fournis séparément. Si l'emballage est considéré pour un patient, le médecin doit indiquer l'exigence dans le dossier médical du patient, expliquant les raisons de son utilisation. La demande sera transmise à la pharmacie régionale pour révision et approbation.

7. PROCESSUS DE DEMANDES HORS-PHARMACOPÉES

Les demandes relatives aux médicaments ne figurant pas dans le Formulaire national du SCC doivent être faites au moyen du formulaire [Demande de médicament sous réserve de certains critères et hors](#)

[pharmacopées](#) (CSC-SCC 1415). Toutes les demandes de médicaments ne figurant pas dans le Formulaire national doivent être complètes. Les médecins prescripteurs doivent justifier toutes les demandes relatives à des médicaments ne figurant pas dans le Formulaire national, expliquer pourquoi l'agent ou les agents figurant sur le Formulaire national ne peuvent pas être utilisés et fournir les renseignements pertinents à l'appui.

Processus d'approbation

Les demandes concernant des produits ne figurant pas dans le Formulaire national sont traitées par la pharmacie régionale. Ces médicaments doivent être autorisés par un pharmacien de l'établissement ou un pharmacien régional, dans bien des cas de concert avec le médecin du SCC. On s'attend à ce que ces demandes soient traitées dans un délai approprié.

Appels

Les appels interjetés à l'échelle régionale peuvent être adressés aux Services cliniques de l'administration centrale, où ils seront examinés par le pharmacien national de concert avec le médecin chef. Les décisions relatives aux appels doivent être rendues dans un délai approprié. Le médecin prescripteur peut demander un rapport d'étape.

7.1. Médicaments composés

Pour fabriquer un médicament composé, un pharmacien doit combiner, mélanger ou modifier des ingrédients, conformément à l'ordonnance du médecin prescripteur. Afin qu'elle soit couverte, une préparation magistrale doit être spécifiquement conçue conformément à l'ordonnance du médecin et ne pas renfermer de substance hors pharmacopée. Parmi les excipients non médicamenteux jugés acceptables dans la préparation d'un médicament composé figurent : la gelée de pétrole blanche non médicamenteuse (excipient d'un onguent), la crème non médicamenteuse (excipient de crème – base Glaxal non parfumée) ou une lotion non médicamenteuse (lubrifiant non parfumé pour la peau).

Les produits composés suivants sont approuvés :

- Poudre de diclofénac dans des mélanges utilisés comme traitements topiques (concentration délivrée sur ordonnance uniquement).
- Poudre d'hydrocortisone à des concentrations supérieures à 0,5 % dans des mélanges utilisés comme traitements topiques.
- LCD (solution à base de goudron) dans des mélanges utilisés comme traitements topiques.
- Acide salicylique dans des mélanges utilisés comme traitements topiques.
- Soufre dans des mélanges utilisés comme traitements topiques.
- Mélange d'au moins deux crèmes ou onguents approuvés, inscrits dans le Formulaire national.

Remarque : Tout autre médicament composé est considéré comme ne figurant pas dans le Formulaire national et doit être autorisé au moyen du formulaire [Demande de médicament sous réserve de certains critères et hors pharmacopées](#) (CSC-SCC 1415). Le CFPT du SCC surveillera l'utilisation des médicaments préparés, dont certains pourraient être ajoutés au Formulaire national pour usage ultérieur.

7.2. Médicaments d'exception

Un médicament ne figurant pas explicitement sur la liste des médicaments couverts sans restriction ou sous réserve de certains critères peut être autorisé dans des circonstances particulières. Le médecin traitant doit présenter une demande d'exception en remplissant le formulaire [Demande de médicament sous réserve de certains critères et hors pharmacopées](#) (CSC-SCC 1415).

Ces demandes sont examinées au cas par cas.

Les demandes d'exception seront étudiées si les critères suivants sont remplis :

- l'ordonnance est rédigée pour une indication clinique reconnue et la dose prescrite est étayée par des données probantes publiées ou par l'opinion d'une autorité reconnue;
- il a été démontré cliniquement que les autres traitements existants sont inefficaces, qu'ils sont contre-indiqués ou qu'ils présentent un profil de toxicité élevé (une préférence personnelle ne peut justifier une exception);
- il existe des preuves importantes que le médicament demandé est d'une efficacité supérieure aux autres produits de la liste;
- on prévoit utiliser un médicament figurant sur la liste de façon non conforme à l'étiquette, c'est-à-dire qu'on prévoit en faire un usage non indiqué dans l'avis de conformité du produit.

7.3. Demandes de non-remplacement

Le SCC examinera les demandes d'un produit à coût élevé interchangeable quand un patient a subi un effet indésirable avec toutes les autres solutions à moindre coût interchangeables. C'est-à-dire qu'une intolérance ou une réaction indésirable à une marque générique ne conduira pas automatiquement à la couverture du nom de marque. Les demandes de « non-remplacement » doivent être étayées au moyen du formulaire [Demande de médicament sous réserve de certains critères et hors pharmacopées](#) (CSC-SCC 1415).

7.4. Dérogation au Programme des médicaments thérapeutiquement interchangeables

Les demandes relatives à un médicament visé par le Programme des médicaments thérapeutiquement interchangeables mais non considéré comme « privilégié » d'après le Formulaire national doivent être étayées au moyen du formulaire [Demande de médicament sous réserve de certains critères et hors pharmacopées](#) (CSC-SCC 1415).

7.5. Dérogation aux restrictions relatives à la quantité ou à la durée du traitement

Les demandes de dérogation aux restrictions figurant dans le Formulaire national (voir la section 5 – Restrictions relatives à la quantité de médicaments distribuée et/ou à la durée du traitement) doivent être étayées au moyen du formulaire [Demande de médicament sous réserve de certains critères et hors pharmacopées](#) (CSC-SCC 1415).

8. CONTINUITÉ DES SOINS

8.1. Directives générales

Afin de faciliter la continuité des soins, les détenus libérés des établissements du SCC peuvent recevoir une provision de médicaments non narcotiques et non contrôlés, ainsi que des bandelettes pour glucomètre. Généralement la quantité ne sera pas plus de 14 jours; cependant, la quantité peut être adaptée en fonction des circonstances telles que des périodes prolongées de temps pour organiser l'obtention d'une assurance-médicaments, etc. Dans les cas où un approvisionnement de plus de deux semaines est nécessaire, le médecin doit fournir une ordonnance demandant un plus grand approvisionnement. Les médecins prescripteurs peuvent également rédiger une ordonnance et la remettre au détenu afin qu'il puisse la faire exécuter chez une pharmacie communautaire, au cas où la provision lui ayant été remise par le SCC serait épuisée.

En conformité avec les directives du bilan comparatif des médicaments, un bilan comparatif doit être complété au plus près de la date de sortie possible. Le formulaire de l'Évaluation initiale de l'état de santé Section I (CSC-SCC 1244 section I) 1F complété doit être passé en revue et signé par le médecin. Dans les cas où les efforts ont été faits pour obtenir la signature d'un médecin, mais en raison de contraintes de temps une signature ne pouvait être obtenue, une commande par téléphone du médecin sera acceptée. Cependant, le formulaire du bilan comparatif des médicaments DOIT être signé par le médecin dès que possible, même si le détenu a déjà été libéré.

8.2 Narcotiques, médicaments contrôlés et substances ciblées

Si le médecin le juge approprié, le détenu peut recevoir une provision de narcotiques (sauf la méthadone), médicaments contrôlés et substances ciblées pour une période de trois jours, avec une ordonnance écrite, à faire exécuter dans une pharmacie communautaire. **Les médicaments délivrés au moment de la liberté catégorisés comme stupéfiants ou drogues contrôlées doivent contenir un autocollant rouge appliqué sur l'emballage.**

Dans des cas exceptionnels et sur demande (par écrit) par le médecin traitant, des médicaments contrôlés (p.ex. pour le traitement du TDAH) et des substances ciblées (benzodiazépines) peuvent être fournis dans le cadre de médicaments de décharge. Une demande du médecin prescripteur doit être transmise à la pharmacie régionale et la quantité demandée doit être basée sur les circonstances confirmées telles que le temps d'attente prolongé pour une évaluation médicale / rendez-vous par un psychiatre. La limite maximale pour tout médicaments contrôlés et substances ciblées ne dépassera pas 14 jours.

8.3 Carte de conformité

Dans ces exemples, où il est déterminé par l'équipe de planification de décharge que le détenu tirerait bénéfice d'une carte de conformité, le raisonnement pour la demande peut être fourni par le travailleur social à l'infirmière, qui fera suivre les détails la pharmacie régionale.

8.4 Produits ne figurant pas dans le Formulaire national

8.4.1 *Détenus recevant actuellement ou ayant récemment reçu des médicaments inscrits sous réserve de certains critères ou des médicaments hors pharmacopées*

Lorsqu'un détenu est admis ou transféré dans un établissement et qu'un médicament inscrit sous réserve de certains critères ou un médicament hors pharmacopées, qui était déjà approuvé par le SCC, figure sur le bilan comparatif des médicaments, le détenu peut continuer de recevoir le médicament sans avoir à soumettre un nouveau formulaire si le médecin traitant est d'accord avec la thérapie choisie. Toutefois, si le détenu a reçu son congé depuis plus de six mois, un nouveau formulaire de demande de médicament inscrit sous réserve de certains critères ou de médicament hors pharmacopées doit être rempli.

8.4.2 *Remise initiale (à l'admission)*

Il arrive que des cas soient traités dans un établissement sans que l'on dispose des renseignements nécessaires pour évaluer une demande de **médicament d'exception** ou de **médicament ne figurant pas dans le Formulaire national**. Dans ces circonstances, la continuité des soins pourrait être médicalement nécessaire, car le défaut de fournir les médicaments exposerait le patient à un risque important. Il est alors possible de fournir ou d'administrer pendant une période de quatre jours le médicament d'exception ou le médicament ne figurant pas dans le Formulaire national que le détenu prend à ce moment-là, en attendant le processus d'approbation. Une telle autorisation est accordée uniquement **afin d'assurer la continuité des soins en cas d'urgence** et non pour amorcer un traitement de routine/non urgent. La durée de l'approvisionnement (quatre jours) peut être modifiée selon les échéanciers confirmés (p. ex., il pourrait s'écouler plus de quatre jours avant d'obtenir les renseignements nécessaires, etc.).

8.4.3 *Autorisations expirées*

Il peut arriver que des approbations existantes de médicaments ne figurant pas dans le Formulaire national ou de médicaments d'exception arrivent à expiration et nécessitent une nouvelle autorisation. Dans ces cas, une provision pour une période de deux semaines des médicaments ne figurant pas dans le Formulaire national ou des médicaments d'exception peut être fournie pendant le processus de renouvellement de l'autorisation. Cette période de deux semaines est souple et peut être prolongée en fonction des circonstances particulières.

9 INFORMATIONS/OUTILS LIÉS AUX MÉDICAMENTS APPROUVÉS PAR LE COMITÉ DE PHARMACIE ET THÉRAPEUTIQUE

9.1 Tableau : Ostéoporose – Risque fracturaire sur 10 ans

Le tableau suivant fournit des informations utiles pour prescrire l'alendronate sodique, la calcitonine de saumon et le raloxifène (Evista) en comprimés de 60 mg.

Femmes				Hommes			
	Risque faible < 10 %	Risque modéré 10 % - 20 %	Risque élevé > 20 %		Risque faible < 10 %	Risque modéré 10 % - 20 %	Risque élevé > 20 %
Âge (années)	Cote T la plus faible ¹			Âge (années)	Cote T la plus faible ¹		
50	> - 2,3	- 2,3 à -3,9	< - 3,9	50	> - 3,4	< = 3,4	—
55	> - 1,9	- 1,9 à -3,4	< - 3,4	55	> - 3,1	< = 3,1	—
60	> - 1,4	- 1,4 à -3,0	< - 3,0	60	> - 3,0	< = 3,0	—
65	> - 1,0	- 1,0 à -2,6	< - 2,6	65	> - 2,7	< = 2,7	—
70	> - 0,8	- 0,8 à -2,2	< - 2,2	70	> - 2,1	- 2,1 à -3,9	< -3,9
75	> - 0,7	- 0,7 à -2,1	< - 2,1	75	> - 1,5	- 1,5 à -3,2	< -3,2
80	> - 0,6	- 0,6 à -2,0	< - 2,0	80	> - 1,2	- 1,2 à -3,0	< -3,1
85	> - 0,7	- 0,7 à -2,2	< - 2,2	85	> - 1,3	-1,3 à -3,3	< -3,3

Source : Ostéoporose Canada (automne 2005). Faut-il traiter ou non? Le rapport d'ostéodensitométrie : de nouvelles recommandations [version électronique]. *Le point sur l'ostéoporose*, 9(3) 4–5. Consulté le 12 janvier 2010 à http://www.osteoporosecanada.ca/local/files/health_professionals/pdfs/OSTEOAutomne05edit.pdf

Remarque :

¹Cote T la plus faible à partir de la colonne lombaire, la hanche totale, le col du fémur et le trochanter.

9.2 Traitement de l'« allergie » aux opioïdes

9.2.1 Objet

Le présent document est destiné à aider le personnel des Services de santé à traiter l'allergie aux opioïdes. Il ne doit servir qu'à titre d'information. Selon les bonnes pratiques médicales, tous les cas doivent être évalués individuellement et les décisions relatives au traitement doivent être adaptées à chaque patient et prendre en compte l'accès aux médicaments inscrits au Formulaire national.

9.2.2 Les faits

Un grand nombre de patients déclarent une « allergie » aux médicaments opioïdes mais, heureusement, les véritables cas d'allergie sont rares. La plupart du temps, la description des symptômes du patient révèle que l'« allergie » est en fait une intolérance à un effet secondaire connu des opioïdes, par exemple des nausées ou des vomissements. Cependant, si des symptômes d'allergie sont notés, notamment des démangeaisons, de l'urticaire, des éruptions cutanées et de l'enflure, il faut obtenir une description rigoureuse de la réaction du patient ainsi que l'information pertinente concernant toute exposition antérieure à des opioïdes. Cette information est importante pour déterminer la nature de l'allergie et empêcher la classification erronée des patients non allergiques comme allergiques, de même que pour

évaluer le risque de sensibilité croisée à d'autres opioïdes et orienter la prise en charge de la douleur dans l'avenir.

9.2.3 Symptômes à considérer

Vous devez obtenir une description détaillée des symptômes d'allergie du patient. Comparez ensuite les symptômes déclarés à ceux figurant dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Comparez les symptômes d'allergie et suivez les directives dans la colonne de droite.

<ul style="list-style-type: none"> · Démangeaisons, urticaire ou rougeur du site d'injection ou d'application seulement · Démangeaisons, urticaire, rougeur, transpiration et/ou légère hypotension seulement 	<p>Passez à « A ».</p>
<ul style="list-style-type: none"> · Réaction cutanée autre que des démangeaisons, des rougeurs et de l'urticaire (p. ex., éruption cutanée généralisée) · Hypotension grave · Difficulté à respirer, à parler ou à avaler · Enflure du visage, des lèvres, de la bouche, de la langue, du pharynx ou du larynx 	<p>Passez à « B ».</p>

9.2.4 Choix de traitement

A. – Ces symptômes peuvent être dus à une **pseudo-allergie**.

Ces symptômes découlent généralement de la libération d'histamine endogène par les mastocytes cutanés, qui est un effet non immunologique de certains opioïdes. Cette réaction dépend de la puissance, de la dose et de la voie d'administration de l'opioïde en question. Les faibles puissances, les doses élevées et la voie parentérale sont plus couramment associées à des symptômes de pseudo-allergie. Les traitements possibles d'une pseudo-allergie aux opioïdes sont les suivants :

Tableau 2. Traitements possibles d'une pseudo-allergie aux opioïdes.

1	Utilisez un analgésique non opioïde, au besoin (p. ex., acétaminophène, AINS).
2	Évitez les opioïdes les plus susceptibles de provoquer une pseudo-allergie (p. ex., codéine, morphine, mépéridine).
3	Utilisez un opioïde plus puissant, évitez la voie parentérale et réduisez la vitesse d'administration. <i>Activité des opioïdes du moins puissant au plus puissant :</i> mépéridine < codéine < morphine < hydrocodone < hydromorphone < fentanyl
4	Considérez l'administration préalable ou concurrente d'un antihistaminique H1 ou H2 (p. ex., diphénhydramine, ranitidine).
5	Envisagez de réduire la dose de l'opioïde actuellement administré, si toléré par le patient.

B. Ces symptômes peuvent être dus à une véritable allergie.

On considère que les véritables allergies aux opioïdes sont médiées par l'IgE et que, contrairement aux pseudo-allergies, elles nécessitent une exposition antérieure à l'opioïde en question ou à un opioïde apparenté. Au moment de choisir un analgésique pour un patient ayant déclaré des symptômes d'une véritable allergie aux opioïdes, il est conseillé de peser les avantages de l'utilisation d'un opioïde et le risque possible de réaction grave. Les traitements possibles d'une véritable allergie aux opioïdes sont les suivants :

Tableau 3. Traitements possibles d'une véritable allergie aux opioïdes.

1	Utilisez un analgésique non opioïde, au besoin (p. ex., acétaminophène, AINS).
2	<p>Considérez l'utilisation d'un opioïde appartenant à une classe structurelle <i>différente</i> de celle de l'agent ou des agents soupçonnés sous une surveillance médicale étroite.</p> <p>Il existe trois grandes classes structurelles d'opioïdes :</p> <p><u>Phénanthrènes</u> : codéine, hydrocodone, hydromorphone, morphine, pentazocine.</p> <p><u>Phénylpipéridines</u> : fentanyl, mépéridine.</p> <p><u>Diphénylheptanes</u> : méthadone.</p> <p><u>Remarque</u> : Étant donné la rareté des véritables allergies aux opioïdes, l'incidence de la réactivité croisée entre différentes classes d'opioïdes est inconnue. Il est possible qu'un patient soit allergique à des opioïdes de plus d'une classe structurelle.</p>

Références

- 1) Lettre du pharmacien (2006), n° 220201. 2) Drugdex. Morphine: opioid analgesics – cross allergenicity. Micromedex, février 2009. 3) Tramadol HCL oral – Morphine and related allergy. Clin-eguide. Dernière consultation : mai 2011. 4) CPSP 2011. 5) Pharmactuel 2009;42(1): 77-86. 6) J Palliative Med 2009;12(1) : 987. 7) Allergy 2009;64: 1692. 8) Québec Pharmacie 2009;56(6): 7-8. 9) Eur J Clin Pharmacol 2005;60:901-3. 10) Anesthesia 2008;63:433.

Annexe A. Médicaments inscrits au formulaire présentés selon la classification de l'AHFS

Les annexes suivantes présentent la liste des médicaments faisant partie du formulaire national du SCC. Les produits sont généralement présentés par leur nom générique, mais certaines des marques déposées les plus courantes figurent dans la liste à des fins de référence.

L'**équivalent le moins coûteux** d'un médicament devra être utilisé en tout temps, à moins qu'une demande relative à un médicament hors de la liste n'ait été approuvée pour un produit équivalent à un coût supérieur.

La liste précise les **formes posologiques**. Si une forme posologique d'un produit n'apparaît pas, celle-ci sera considérée comme ne figurant pas au formulaire.

Les **formulations liquides** seront utilisées seulement lorsque la forme solide n'est pas indiquée (après une intervention chirurgicale, incapacité à avaler, etc.).

Même étant absents de la liste, les **antibiotiques dont l'administration par voie IV** a été amorcée à l'hôpital et qui sont requis pour terminer le traitement sont remboursés et ne nécessitent pas une demande pour les produits ne figurant pas au formulaire.

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
04:00	Antihistaminiques			
04:04:00	Antihistaminiques	Cétirizine	Réactine	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg, 20 mg)
		Diphenhydramine (approvisionnement restreint)	Benadryl	<ul style="list-style-type: none"> gélule (25 mg, 50 mg) injection (50 mg/ml) comprimé (25 mg, 50 mg)
		Loratadine	Claritin	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg)
08:00	Anti-infectieux			
08:08:00	Anthelminthiques	Mébéndazole	Vermox	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (100 mg)
		Praziquantel	Biltricide	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (600 mg)
		Pamoate de pyrantel	Combantrin	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (125 mg)
08:12:06	Céphalosporines	Céfaclor	Ceclor	<ul style="list-style-type: none"> gélule (250 mg, 500 mg)
		Céfadroxil	Duricef	<ul style="list-style-type: none"> gélule (500 mg)
		Céfixime	Suprax	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (400 mg)
		Cefprozil	Cefzil	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (250 mg, 500 mg)
		Céfuroxime axétil	Ceftin	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (250 mg, 500 mg)
		Céphalexine	Keflex	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (250 mg, 500 mg) gélule (250 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
08:12:12	Macrolides	Azithromycine	Zithromax	• comprimé (250 mg, 600 mg)
		Clarithromycine	Biaxin, pelliculé (forme XL non remboursée)	• comprimé pelliculé (250 mg, 500 mg)
		Érythromycine	Eryc	• gélule entérique (250 mg, 333 mg) • comprimé entérique (333 mg) • comprimé (250 mg)
		Érythromycine (éthylsuccinate d')	EES 600	• comprimé (600 mg)
		Érythromycine (stéarate d')	Erythro-S	• comprimé (250 mg)
		Spiramycine	Rovamycine	• gélule (250 mg)
		08:12:16	Pénicillines	Amoxicilline
Amoxicilline/Acide clavulanique	Clavulin			• comprimé (250 mg/125 mg) • comprimé (875 mg/125 mg)
Cloxacilline	Orbenin			• gélule (250 mg, 500 mg)
Pénicilline G benzathine	Bicillin L-A			• 1 200 000 unités/2 ml
Pénicilline V potassique	Pen VK			• comprimé (300 mg)
08:12:18	Quinolones			Ciprofloxacine (chlorhydrate de)
		Moxifloxacine	Avelox	• comprimé (400 mg)
		Norfloxacine	Noroxin	• comprimé (400 mg)
		Lévofloxacine	Levaquin	• comprimé (250 mg, 500 mg, 750 mg)
08:12:20	Sulfonamides	Sulfaméthoxazole		• comprimé (500 mg)
		Sulfaméthoxazole/Triméthoprim	Bactrim, Bactrim DS Septra, Septra DS	• comprimé (400 mg/80 mg) • comprimé (800 mg/160 mg)
		Sulfasalazine	Salazopyrin	• comprimé entérique (500 mg) • comprimé (500 mg)
08:12:24	Tétracyclines	Doxycycline	Vibramycin	• gélule (100 mg) • comprimé (100 mg)
		Minocycline (chlorhydrate de)	Minocin	• gélule (50 mg, 100 mg)
		Tétracycline (chlorhydrate de)	Tetracyn	• gélule (250 mg) • comprimé (250 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
08:12:28	Autres antibiotiques	Clindamycine (chlorhydrate de)	Dalacin	• gélule (150 mg, 300 mg)
		Fusidate de sodium	Fucidin	• comprimé (250 mg)
		Rifaximin(critères)	Zaxine	• comprimé (550mg)
		Vancomycin (chlorhydrate de)	Vancocin	• capsule (125 mg, 250 mg)
08:14.04	Allylamines	Terbinafine (chlorhydrate de)	Lamisil	• comprimé (250 mg)
08:14.08	Azoles	Fluconazole	Diflucan	• comprimé (50 mg, 100 mg)
		Itraconazole	Sporanox	• gélule (100 mg)
		Kétoconazole	Nizoral	• comprimé (200 mg)
		Voriconazole (critères)	VFEND	• comprimé (50 mg, 200 mg)
08:14.28	Polyènes	Nystatine	Mycostatin	• suspension (100 000 u/ml) • comprimé (500 000 u)
08:16.04	Antituberculeux	Éthambutol (chlorhydrate d')	Etibi	• comprimé (100 mg, 400 mg)
		Isoniazide	Isotamine	• comprimé (50 mg, 300 mg)
		Pyrazinamide	Tebrazyd	• comprimé (500 mg)
		Rifabutine	Mycobutin	• gélule (150 mg)
		Rifampine	Rifadin Rofact	• gélule (150 mg) • gélule (300 mg)
08:18.04	Adamantanes	Amantadine	Symmetrel	• gélule (100 mg)
08:18.08	Antirétroviraux	Abacavir	Ziagen	• comprimé (300 mg)
		Abacavir/Lamivudine	Kivexa	• comprimé (600 mg/300 mg)
		Abacavir/Lamivudine/ Zidovudine	Trizivir	• comprimé (300 mg/150 mg/ 300 mg)
		Atazanavir (sulfate d')	Reyataz	• gélule (150 mg, 200 mg, 300 mg)
		Darunavir	Prezista	• comprimé (600mg, 800mg)
		Darunavir/cobicistat	Prezcobix	• comprimés (800mg/150mg)
		Didanosine	Videx EC	• gélule (125 mg, 200 mg, 250 mg, 400 mg)
		Dolutégravir	Tivicay	• comprimé (50 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Dolutégravir, abacavir, lamivudine	Triumeq	• comprimés (50mg/600mg/300mg)
		Éfavirenz	Sustiva	• gélule (50 mg, 100 mg, 200 mg, 600 mg)
		Éfavirenz/Emtricitabine/ Fumarate de ténofovir disoproxil	Atripla	• comprimé (600 mg/200 mg/300 mg)
		Emtricitabine/fumarate de ténofovir disoproxil	Truvada	• comprimé (200 mg/300 mg)
		Fosamprénavir calcique	Telzir	• comprimé (700 mg)
		Indinavir (sulfate d')	Crixivan	• gélule (200 mg, 400 mg)
		Lamivudine	Heptovir 3TC	• comprimé (100 mg, 150 mg, 300 mg)
		Lamivudine/zidovudine	Combivir	• comprimé (150 mg/300 mg)
		Lopinavir/ritonavir	Kaletra	• comprimé (100 mg/25 mg) • comprimé (200 mg/50 mg)
		Maraviroc (critères)	Celsentri	• comprimé (150mg, 300mg)
		Nelfinavir (mésylate de)	Viracept	• comprimé (250 mg, 625 mg)
		Névirapine	Viramune	• comprimé (200 mg)
		Raltégravir	Isentress	• comprimé (400 mg)
		Rilpivirine	Edurant	• comprimé (25mg)
		Rilpivirine, emtricitabine, tenofovir	Complera	• comprimé (25mg/200mg/300mg)
		Ritonavir	Norvir Sec	• gélule (100 mg)
		Saquinavir (mésylate de)	Invirase	• gélule (200 mg) • comprimé (500 mg)
		Stavudine	Zerit	• gélule (15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg)
		Ténofovir disoproxil, (fumarate de)	Viread	• comprimé (245 mg)
		Tipranavir	Aptivus	• gélule (250 mg)
		Zidovudine	Retrovir	• gélule (100 mg)
08 :18.08 .12	Inhibiteurs nucléosidiques/nuc léotidiques de la transcriptase inverse	Cobicistat, emtricitabine, elvitégravir, fumarate de ténofovir disoproxil (critères)	Stribild	• comprimé (150mg/ 200mg/150mg/300mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
08 :18.08 .16	Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse	Étravirine (critères)	Intelence	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (25mg, 100mg, 200mg)
08:18.20	Interférons	Peginterféron alfa-2a	Pegasys	<ul style="list-style-type: none"> injection (180 µg/0,5 ml) injection (180 µg/1 ml) Proclick (autoinjecteur)
		Peginterféron alfa-2a/ ribavirine	Pegasys RBV	<ul style="list-style-type: none"> injection et comprimé (180 µg/0,5 ml et 200 mg) injection et comprimé (180 µg/1 ml et 200 mg) Proclick (autoinjecteur)
		Interféron alfa-2b péguylé	Unitron PEG	<ul style="list-style-type: none"> injection (74 µg, 118,4 µg, 177,6 µg, 222 µg/flacon)
		Interféron alfa-2b péguylé/ ribavirine	Pegetron Pegetron Repiden	<ul style="list-style-type: none"> injection et gélule (50 µg/0,5 ml et 200 mg) injection et gélule (80 µg/0,5 ml et 200 mg) injection et gélule (100 µg/0,5 ml et 200 mg) injection et gélule (120 µg/0,5 ml et 200 mg) injection et gélule (150 µg/0,5 ml et 200 mg)
08:18.28	Inhibiteurs de la neuraminidase	Oseltamivir (phosphate d') (critères)	Tamiflu	<ul style="list-style-type: none"> gélule (75 mg)
		Zanamivir (critères)	Relenza	<ul style="list-style-type: none"> poudre pour inhalation (5 mg/g)
08:18.32	Nucléosides et nucléotides	Acyclovir	Zovirax	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (200 mg, 800 mg)
		Adéfovir dipivoxil	Hepsera	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg)
		Entécavir	Baraclude	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (0,5 mg)
		Famciclovir	Famvir	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (125 mg, 250 mg, 500 mg)
		Ganciclovir sodique	Cytovene	<ul style="list-style-type: none"> injection (500 mg)
		Ribavirin	lbavyr	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (200mg, 400mg, 600mg)
		Valacyclovir (chlorhydrate de)	Valtrex	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (500 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Valganciclovir (chlorhydrate de)	Valcyte	• comprimé (450 mg)
2 :18 :40.16	Inhibiteur de polymérase	Sofosbuvir (critères)	Sovaldi	• comprimé (400mg)
		Sofosbuvir + ledipasvir (critères)	Harvoni	• comprimés (400mg/90mg)
		Ombitasvir/ Paritaprevir/ Ritonavir + Dasabuvir (critères)	Holkira Pak	• comprimés (12.5mg/75mg/50mg/250mg)
8 :18.40.20	Inhibiteurs de protéases	Bocéprévir (critères)	Victrelis	• capsule (200 mg)
		Siméprevir (critères)	Galexos	• capsule (150 mg)
08:26:00	Sulfones	Dapsone	Avlosulfon	• comprimé (100 mg)
08:30.04	Amoebicides	Iodoquinol (diodohydroxyquine)	Diodoquin	• comprimé (210 mg, 650 mg)
		Paromomycine (sulfate de)	Humatin	• gélule (250 mg)
08:30.08	Antipaludiques	Quinine (sulfate de)	Quinine	• gélule (300 mg)
		Chloroquine (diphosphate de)	Aralen	• comprimé (250 mg)
		Hydroxychloroquine (sulfate d')	Plaquenil	• comprimé (200 mg)
		Primaquine (phosphate de)	Primaquine	• comprimé (26,3 mg)
		Pyriméthamine	Daraprim	• comprimé (25 mg)
08:30.92	Autres antiprotozoaires	Atovaquone	Mepron	• suspension (150 mg/ml)
		Métronidazole	Flagyl	• comprimé (250 mg)
		Pentamidine (iséthionate de)	Pentamidine	• injection (300 mg/flacon)
08:36:00	Anti-infectieux des voies urinaires	Nitrofurantoïne	Macrochantin MacroBID	• gélule (50 mg, 100 mg) • comprimé (50 mg, 100 mg)
		Triméthoprim	Triméthoprim	• comprimé (100 mg)
10:00	Antinéoplasiques			
10:00:00	Antinéoplasiques	Anastrozole	Arimidex	• comprimé (1 mg)
		Bicalutamide	Casodex	• comprimé (50 mg)
		Busérelina (acétate de)	Suprefact Suprefact Depot	• injection (1 mg/ml) • solution nasale (1 mg/ml) • injection sous-cutanée (6,3 mg/implant) • injection sous-cutanée (9,45 mg/implant)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Busulfan	Myleran	• comprimé (2 mg)
		Capécitabine	Xeloda	• comprimé (150 mg, 500 mg)
		Chlorambucil	Leukeran	• comprimé (2 mg)
		Cyclophosphamide	Cytosan Procytox	• comprimé (25 mg, 50 mg)
		Cyprotérone (acétate de)	Androcur	• comprimé (50 mg)
		Erlotinib (chlorhydrate d')	Tarceva	• comprimé (100 mg, 150 mg)
		Étoposide	Vepesid	• gélule (50 mg)
		Exémestane	Aromasin	• comprimé (25 mg)
		Fludarabine (phosphate de)	Fludara	• comprimé (10 mg)
		Flutamide	Euflex	• comprimé (250 mg)
		Goséréline (acétate de)	Zoladex Zoladex LA	• injection (3,6 mg/dépôt, 10,8 mg/dépôt)
		Hydroxyurée	Hydrea	• gélule (500 mg) • comprimé (500 mg)
		Imatinib (mésylate d') (critères)	Gleevec	• gélule (100 mg) • comprimé (100 mg, 400 mg)
		Interféron alfa-2a	Roferan-A	• injection (9 000 000 UI/ml)
		Interféron alfa-2b	Intron A	• injection (6 000 000 UI/ml, 10 000 000 UI/ml, 15 000 000 UI/ml, 25 000 000 UI/ml, 50 000 000 UI/ml) • injection (10 000 000 UI/flacon, 18 000 000 UI/flacon)
		Létrozole	Femara	• comprimé (2,5 mg)
		Leuprolide (acétate de)	Eligard Lupron Depot	• injection (3,75 mg, 7,5 mg, 11,25 mg, 22,5 mg, 30 mg, 45 mg/flacon)
		Lomustine	CeeNU	• gélule (10 mg, 40 mg, 100 mg)
		Mégestrol (acétate de)	Megace	• comprimé (40 mg, 160 mg)
		Melphalan	Alkeran	• comprimé (2 mg)
		Mercaptopurine	Purinethol	• comprimé (50 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Méthotrexate sodique	Méthotrexate	<ul style="list-style-type: none"> • injection (seringue préremplie seulement) • comprimé (2,5 mg)
		Mitotane	Lysodren	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (500 mg)
		Nilutamide	Anandron	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (50 mg)
		Procarbazine (chlorhydrate de)	Natulan	<ul style="list-style-type: none"> • gélule (50 mg)
		Rituximab (critères)	Rituxan	<ul style="list-style-type: none"> • injection (10 mg/ml)
		Sunitinib (malate de)	Sutent	<ul style="list-style-type: none"> • gélule (12,5 mg, 25 mg, 50 mg)
		Tamoxifène (citrate de)	Tamoxen	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (10 mg)
		Témozolomide (critères)	Témodal	<ul style="list-style-type: none"> • gélule (5 mg, 20 mg, 100 mg, 250 mg)
		Thioguanine	Lanvis	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (40 mg)
		Trétinoïne	Vesanoid	<ul style="list-style-type: none"> • gélule (10 mg)
		Triptoréline (pamoate de)	Trelstar Trelstar LA	<ul style="list-style-type: none"> • injection (3,75 mg/flacon, 11,258 mg/flacon)
		Vincristine (sulfate de)	Vincristine	<ul style="list-style-type: none"> • injection (1 mg/ml)
12:00:00	Médicaments du système nerveux autonome			
12:04:00	Parasympathomimétiques	Béthanéchol (chlorure de)	Duvoid	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (10 mg, 25 mg, 50 mg)
		Donézépil (chlorhydrate de) (critères)	Aricept	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (5 mg, 10 mg)
		Galantamine (critères)	Reminyl	<ul style="list-style-type: none"> • gélule à libération prolongée (8 mg, 16 mg, 24 mg)
		Néostigmine (bromure de)	Prostigmin	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (15 mg)
		Pyridostigmine	Mestinon-SR Mestinon	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (60 mg) • comprimé à libération prolongée (180 mg)
		Rivastigmine (critères)	Exelon	<ul style="list-style-type: none"> • gélule (1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg, 6 mg)
12:08:08	Antimuscariniques/antispasmodiques	Atropine (sulfate d')	Atropine	<ul style="list-style-type: none"> • injection (0,6 mg/ml)
		Atropine monohydraté (sulfate d')	Sulfate d'atropine monohydraté	<ul style="list-style-type: none"> • injection (0,1 mg/ml)
		Dicyclomine	Bentylol	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (10 mg)
		Glycopyrrolate	Glycopyrrolate	<ul style="list-style-type: none"> • injection (0,2 mg/ml)
		Hyoscine (butylbromure d')	Buscopan	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (10 mg) • injection (20 mg/ml)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Ipratropium (bromure d')	Atrovent	<ul style="list-style-type: none"> solution pour inhalation (250 µg/ml, doses multiples) solution pour inhalation (125 µg/ml, 250 µg/ml, dose unitaire) aérosol-doseur HFA (20 µg/inhalation) vaporisateur nasal (0,03 %, 0,06 %)
		Pinavérium (bromure de)	Dicetel	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (50 mg, 100 mg)
		Scopolamine (bromhydrate de)	Scopolamine	<ul style="list-style-type: none"> injection (0,4 mg/ml, 0,6 mg/ml)
12:12.04	Agonistes alpha adrénergiques	Midodrine (chlorhydrate de)	Amatine	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (2,5 mg, 5 mg)
12 :12.08	Agonistes bêta adrénergiques	Formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide	Symbicort Turbuhaler	<ul style="list-style-type: none"> inhalateur (6 µg/100 µg/inhalation) (6 µg/200 µg/inhalation)
		Formotérol dihydraté (fumarate de)/mométasone (furoate de)	Zenhale	<ul style="list-style-type: none"> aérosol, dose mesurée (5mcg/50mcg par dose)
		Salbutamol	Ventolin	<ul style="list-style-type: none"> solution pour inhalation (5 mg/ml) solution pour inhalation (1 mg/ml, 2 mg/ml, dose unitaire) aérosol-doseur HFA (100 µg/inhalation) gélule (400 µg, poudre pour inhalation) disque (200 µg, 400 µg poudre pour inhalation) comprimé (2 mg)
12 :12.08 .12	Agonistes sélectifs bêta 2-adrénergiques	Maléate d'indacatérol	Onbrez	<ul style="list-style-type: none"> breezhaler (75µG)
12 :12.08 .12	Agonistes sélectifs bêta 2-adrénergiques + Antimuscariniques/ antispasmodiques	Maléate d'indacatérol + Bromure de glycopyrronium	Ultibro Breezhaler	<ul style="list-style-type: none"> breezhaler (50µg/110µg)
12:12.12	Agonistes alpha et bêta adrénergiques	Épinéphrine	Adrénaline EpiPen	<ul style="list-style-type: none"> injection (1/1000 (1 mg/ml) injection (0,3 mg)
12:16:00	Sympatholytiques	Dihydroergotamine	Dihydroergotamine Migranal	<ul style="list-style-type: none"> injection (1 mg/ml) vaporisateur nasal (4 mg/ml)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
12:20.04	Relaxants des muscles squelettiques à action centrale	Cyclobenzaprine (chlorhydrate de) (à usage restreint – approvisionnement de cinq jours)	Flexeril	• comprimé (10 mg)
		Méthocarbamol (à usage restreint – approvisionnement de cinq jours)	Robaxin	• comprimé (500 mg)
12:20.12	Relaxants des muscles squelettiques dérivés du GABA	Baclofène (critères)	Lioresal	• comprimé (10 mg)
		Tizanidine (chlorhydrate de) (critères)	Zanaflex	• comprimé (4 mg)
20:00.00 Agents ayant des effets sur la formation du sang, la coagulation sanguine ou la thrombose				
20:04.04	Préparations de fer	Fumarate de fer	Palafer	• suspension (300mg/5ml)
		Gluconate de fer	Fergon	• comprimé (300 mg) • suspension (300mg/5ml)
		Sulfate de fer	Sulfate de fer Fer-In-Sol	• comprimé (300 mg) • suspension (150mg/5ml)
		Fer-dextran	Dexiron Infufer	• injection (50 mg/ml)
20:12.04	Anticoagulants	Dabigatran (critères)	Pradaxa	• comprimé (75mg, 110mg, 150mg)
		Daltéparine sodique	Fragmin	• injection (10 000 UI/0,4 ml) • injection (10 000 UI/ml) • injection (12 500 UI/0,5 ml) • injection (15 000 UI/0,6 ml) • injection (18 000 UI/0,72 ml) • injection (2 500 UI/0,2 ml, seringue préremplie) • injection (5 000 UI/0,2 ml, seringue préremplie)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Énoxaparine sodique	Lovenox	<ul style="list-style-type: none"> • injection • 30 mg/0,3 ml, • 40 mg/0,4 ml, • 60 mg/0,6 ml, • 80 mg/0,8 ml, • 100 mg/1,0 ml, • 120 mg/0,8 mg, • 150 mg/1,0 ml, • 300 mg/3 ml
		Héparine sodique	Hepalean Hepalean-Lok	<ul style="list-style-type: none"> • injection • 1 000 u/ml – 10 000 u/ml* • Rinçage des dispositifs à système de blocage • 10 u/ml – 100 u/ml
		Nadroparine calcique	Fraxiparine Fraxiparine Forte	<ul style="list-style-type: none"> • injection • 9 500 UI/ml – 19 000 UI/ml
		Nicoumalone	Sintrom	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (1 mg, 4 mg)
		Tinzaparine sodique	Innohep	<ul style="list-style-type: none"> • injection 10 000 UI/ml (2 ml) • injection 20 000 UI/ml (2 ml) • injection (20 000 UI/ml, seringue graduée) • seringue préremplie (10 000 UI/ml) • seringue préremplie (20 000 UI/ml)
		Warfarine sodique	Coumadin	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (1 mg, 2 mg, 2,5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7,5 mg, 10 mg)
20 :12.04 .14	Inhibiteurs direct du Facteur Xa	Apixaban (critères)	Eliquis	<ul style="list-style-type: none"> • comprimés (2.5mg, 5mg)
20 :12.04 .92	Anticoagulant Divers	Rivaroxaban (critères)	Xarelto	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (10mg, 15mg)
20:12.18	Inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire	Anagrélide (chlorhydrate d')	Agrylin	<ul style="list-style-type: none"> • gélule (0,5 mg)
		Clopidrogel (bisulfate de)	Plavix	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (75 mg)
		Ticlopidine (chlorhydrate de)	Ticlid	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (250 mg)
20:16:00	Hématopoïétiques	Darbépoétine alfa	Aranesp	<ul style="list-style-type: none"> • injection • 25 µg/ml • 40 µg/ml • 100 µg/ml • 200 µg/ml • 500 µg/ml

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Époétine alfa	Eprex	<ul style="list-style-type: none"> • injection (5 000 UI/ml, 20 000 UI/ml) • seringue préremplie • 1 000 UI/0,5 ml • 2 000 UI/0,5 ml • 3 000 UI/0,3 ml • 4 000 UI/0,4 ml • 6 000 UI/0,6 ml • 8 000 UI/0,8 ml • 10 000 UI/ml • 40 000 UI/ml
		Filgrastim	Neupogen	<ul style="list-style-type: none"> • injection • 300 µg/ml • 480 µg/1,6 ml
		Pegfilgrastim	Neulasta	<ul style="list-style-type: none"> • injection (10 mg/ml)
20:24:00	Hemorhéologiques	Pentoxifylline	Trental	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé à libération prolongée (400 mg)
20:28.16	Hémostatiques	Acide tranexamique	Cyklokapron	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (500 mg)
24:00:00	Médicaments cardiovasculaires			
24:00:04	Antiarythmiques	Amiodarone (chlorhydrate d')	Cordarone	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (100 mg, 200 mg)
		Disopyramide	Rythmodan Rythmodan-LA	<ul style="list-style-type: none"> • gélule (100 mg, 150 mg) • comprimé (250 mg)
		Flécaïnide (acétate de)	Tambocor	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (100 mg)
		Mexilétine	Mexilétine	<ul style="list-style-type: none"> • gélule (100 mg, 200 mg)
		Procaïnamide (chlorhydrate de)	Procan SR	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé à libération prolongée (250 mg, 500 mg)
		Propafénone (chlorhydrate de)	Rythmol	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (150 mg)
24:04.08	Cardiotoniques	Digoxine	Lanoxin	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (0,0625 mg, 0,125 mg, 0,25 mg)
24:06:04	Séquestrants de l'acide biliaire	Cholestyramine (résine de)	Questran Léger	<ul style="list-style-type: none"> • poudre (4 g)
		Colestipol (chlorhydrate de)	Colestid	<ul style="list-style-type: none"> • granules (5 g) • comprimé (1 g)
24:06.05	Inhibiteurs de l'absorption du cholestérol	Ézétimibe	Ezetrol	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (10 mg)
24:06.06	Fibrates	Bezafibrate	Bezalip SR Bezalip	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé à libération prolongée (400) mg • comprimé (200) mg
		Fénofibrate	Lipidil Micro	<ul style="list-style-type: none"> • gélule (67 mg, 100 mg, 200 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Gemfibrozil	Lopid	<ul style="list-style-type: none"> gélule (300 mg) comprimé (600 mg)
24:06.08	Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase	Atorvastatine	Lipitor	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg)
		Rosuvastatine calcique	Crestor	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg)
		Simvastatine	Zocor	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (5 mg, 10 mg)
24 :06.92	Agents hypolipémiants divers	Acide nicotinique	Niaspan FCT	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (500mg, 750mg, 1000 mg)
24:08.16	Agonistes alpha centraux	Clonidine (chlorhydrate de)	Catapres Dixarit	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (0,025 mg, 0,1 mg, 0,2 mg)
		Méthylidopa	Aldomet	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (125 mg, 250 mg)
		Méthylidopa	Methazide	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (250 mg/15 mg, 250 mg/25 mg)
24:08.20	Vasodilatateurs directs	Diazoxide	Proglycem	<ul style="list-style-type: none"> gélule (100 mg)
		Hydralazine (chlorhydrate de)	Apresoline	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg, 25 mg, 50 mg)
		Minoxidil	Loniten	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (2,5 mg, 10 mg)
24:12.00	Vasodilatateurs	Isosorbide (5-monohydrate d')	Imdur	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (60 mg)
24:12.08	Nitrates et nitrites	Isosorbide (dinitrate d')	Isordil	<ul style="list-style-type: none"> comprimé sublingual (5 mg) comprimé (10 mg, 30 mg)
		Nitroglycérine	Nitrol Nitro-Dur Transderm-Nitro Minitran Nitrolingual Pompe Nitrostat	<ul style="list-style-type: none"> onguent (2 %) timbre (0,2 mg, 0,4 mg, 0,6 mg, 0,8 mg) vaporisateur (0,4 mg) comprimé sublingual (0,3 mg, 0,6 mg)
24:12.92	Autres vasodilatateurs	Dipyridamole	Persantine	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (25 mg, 50 mg)
24:20.00	Bloquants alpha-adrénergiques	Alfuzosine (chlorhydrate de) (critères)	Xatral	<ul style="list-style-type: none"> comprimé à libération prolongée (10 mg)
		Tamsulosine (chlorhydrate de)	Flomax	<ul style="list-style-type: none"> gélule à action prolongée (0,4 mg)
		Prazosine (chlorhydrate de)	Minipress	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (1 mg, 2 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Térazosine (chlorhydrate de)	Hytrin	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (1 mg, 2 mg, 10 mg)
24:24.00	Bloquants bêta-adrénergiques	Acébutolol (chlorhydrate d')	Monitan Rhotral Sectral	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (100 mg, 200 mg)
		Aténolol	Tenormin	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (25 mg, 50 mg)
		Aténolol/Chlorthalidone	Tenoretic	<ul style="list-style-type: none"> comprimé 50 mg/25 mg 100 mg/25 mg
		Bisoprolol (fumarate de)	Monacor	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (5 mg, 10 mg)
		Carvédilol	Coreg	<ul style="list-style-type: none"> (comprimé 3,125 mg, 6,25 mg, 25 mg)
		Labétalol (chlorhydrate de)	Trandate	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (100 mg, 200 mg)
		Métoprolol (tartrate de)	Betaloc Durules Lopresor SR Betaloc Lopresor	<ul style="list-style-type: none"> comprimé SR (100 mg, 200 mg) comprimé (25 mg, 50 mg, 100 mg)
		Nadolol	Corgard	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (40 mg)
		Oxprénolol (chlorhydrate d')	Trasicor	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (40 mg, 80 mg)
		Pindolol	Visken	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (5 mg, 10 mg)
		Propranolol (chlorhydrate de)	Indéral-LA Indéral	<ul style="list-style-type: none"> gélule à action prolongée (60 mg, 80 mg, 120 mg, 160 mg) comprimé (10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg, 120 mg)
		Sotalol (chlorhydrate de)	Sotacor	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (80 mg, 160 mg)
		Timolol (maléate de)	Blocadren	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (5 mg, 10 mg, 20 mg)
24:28.08	Dihydropyridines	Amlodipine	Norvasc	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (5 mg, 10 mg)
		Félodipine	Plendil	<ul style="list-style-type: none"> comprimé à libération prolongée (2,5 mg, 5 mg, 10 mg)
		Nifédipine	Adalat Adalat XL	<ul style="list-style-type: none"> gélule (5 mg, 10 mg) comprimé à libération prolongée (20 mg, 30 mg, 60 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
24:28.92	Autres antagonistes du calcium	Diltiazem (chlorhydrate de)	Cardiazem CD Cardizem	<ul style="list-style-type: none"> gélule à libération contrôlée (120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg) comprimé (30mg, 60mg)
		Vérapamil (chlorhydrate de)	Isoptin SR Isoptin	<ul style="list-style-type: none"> comprimé à libération prolongée (120 mg, 180 mg, 240 mg) comprimé (80 mg, 120 mg)
24:32.04	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine	Captopril	Capoten	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (6,25 mg, 12,5 mg, 25 mg, 50 mg)
		Ramipril	Altace	<ul style="list-style-type: none"> gélule (1,25 mg, 2,5 mg, 5 mg, 10 mg, 15 mg)
24:32.08	Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II	Valsartan	Diovan	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (40 mg, 80 mg, 160 mg, 320 mg)
24:32.20	Antagonistes du récepteur minéralocorticoïde (aldostérone)	Spironolactone	Aldactone	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (25 mg, 100 mg)
28:00	Agents ayant des effets sur le système nerveux central			
28:08:04	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Acide acétylsalicylique	Asaphen Entrophen	<ul style="list-style-type: none"> comprimé croquable (80 mg) comprimé entérique (81 mg, 325 mg, 650 mg) suppositoire (650 mg) comprimé (325 mg)
		Célécoxib (critères)	Celebrex	<ul style="list-style-type: none"> gélule (100mg, 200mg)
		Diclofénac sodique	Voltaren	<ul style="list-style-type: none"> comprimé entérique (25 mg, 50 mg) suppositoire (50 mg, 100 mg) comprimé à libération prolongée (75 mg, 100 mg)
		Diclofénac sodique/ Misoprostol	Arthrotec	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (50 mg EC/200 µg, 75 mg/200 µg)
		Floctafénine	Idarac	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (200 mg, 400 mg)
		Ibuprofène	Advil Motrin	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (200 mg, 400 mg, 600 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Indométhacine	Indocid	<ul style="list-style-type: none"> gélule (25 mg, 50 mg) suppositoire (50 mg, 100 mg)
		Kétorolac (limité à sept jours pour les comprimés)	Toradol	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg) injection (10 mg/ml, 30 mg/ml)
		Acide méfénamique	Ponstan	<ul style="list-style-type: none"> gélule (250mg)
		Meloxicam	Mobicox	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (7,5 mg, 15 mg)
		Naproxène	Naprosyn	<ul style="list-style-type: none"> comprimé entérique (250 mg, 375 mg, 500 mg) suppositoire (500 mg) comprimé (250 mg, 375 mg, 500 mg)
		Piroxicam	Feldene	<ul style="list-style-type: none"> gélule (10 mg, 20 mg)
28:08:08	Agonistes des opiacés	Acétaminophène/Caféine/Codéine (phosphate de)	Atasol-15 Tylenol n° 2	<ul style="list-style-type: none"> comprimé 300 mg/15 mg/15 mg 300 mg/30 mg/30 mg
		Acétaminophène/Caféine/Codéine (phosphate de)	Atasol-30 Tylenol n° 3	<ul style="list-style-type: none"> comprimé 300 mg/30 mg/30 mg 300 mg/30 mg/30 mg
		Codéine (phosphate de)	Sirop avec codéine	<ul style="list-style-type: none"> sirop (5 mg/ml)
		Fentanyl (critères)	Duragesic	<ul style="list-style-type: none"> timbre (12 µg/h, 25 µg/h, 50 µg/h, 75 µg/h, 100 µg/h)
		Méthadone (programme du SCC)	Dilué dans du jus	<ul style="list-style-type: none"> dilué dans du jus
		Morphine (sulfate de)	Morphine, sulfate de Kadian M.O.S. Statex	<ul style="list-style-type: none"> injection (10 mg/ml) gélule à libération prolongée (10 mg, 20 mg, 50 mg, 100 mg) comprimé (5 mg, 10 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 50 mg)
28:08.12	Agonistes partiels des opiacés	Buprénorphine/Naloxone (critères)	Suboxone	<ul style="list-style-type: none"> comprimés sublinguaux (2 mg/0,5 mg et 8 mg/2 mg)
28:08.92	Autres analgésiques et antipyrétiques	Acétaminophène	Tylenol	<ul style="list-style-type: none"> comprimé/comprimé-capsule (500 mg) suppositoire 650 mg
			Abenol	
28:10.00	Antagonistes des opiacés	Naloxone	Narcan	<ul style="list-style-type: none"> injection (0,4 mg/ml)
28:12.04	Anticonvulsivants - barbituriques	Phénobarbital	Phenobarb	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (15 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Primidone	Mysoline	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (125 mg, 250 mg)
28:12.08	Anticonvulsivants - benzodiazépines	Clonazépam (à usage restreint)	Rivotril	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 2 mg)
28:12.12	Anticonvulsivants - hydantoïnes	Phénytoïne	Dilantin	<ul style="list-style-type: none"> gélule (30 mg, 100 mg) injection (50 mg/ml)
28:12.20	Anticonvulsivants - succinimides	Éthosuximide	Zarontin	<ul style="list-style-type: none"> gélule (250 mg) sirop (50 mg/ml)
28:12.92	Autres anticonvulsivants	Carbamazépine	Tegretol CR Tegretol	<ul style="list-style-type: none"> comprimé à libération prolongée (200 mg, 400 mg) comprimé (200 mg)
		Divalproex de sodium	Epival	<ul style="list-style-type: none"> comprimé entérique (125 mg, 250 mg, 500 mg)
		Gabapentine (critères)	Neurontin	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (600 mg, 800 mg)
		Acétate d'eslicarbazépine	Aptiom	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (200 mg, 400 mg, 600 mg, 800 mg)
		Lacosamide (critères)	Vimpat	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (50mg, 100mg, 150mg, 200mg) injection (10mg/ml)
		Lamotrigine	Lamictal	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (25 mg, 100 mg, 150 mg)
		Lévétiracétam (critères)	Keppra	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (250 mg, 500 mg, 750 mg)
		Oxcarbazépine (critères)	Trileptal	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (150mg, 300mg, 600mg)
		Topiramate	Topamax	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg)
		Acide valproïque	Depakene	<ul style="list-style-type: none"> 250 mg/5 mg
		Vigabatrin	Sabril	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (500 mg)
28:16:04	Antidépresseurs	Amitriptyline	Elavil	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg)
		Bupropion (critères)	Wellbutrin	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (150mg)
		Citalopram	Celexa	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg, 20 mg, 40 mg)
		Clomipramine	Anafranil	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg, 25 mg, 50 mg)
		Désipramine	Désipramine	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Doxépine (chlorhydrate de)	Sinequan	<ul style="list-style-type: none"> gélule (10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg)
		Escitalopram oxalate	Ciprallex	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10mg, 20mg)
		Duloxétine	Cymbalta	<ul style="list-style-type: none"> capsule à libération prolongée (30mg, 60mg)
		Fluoxétine (chlorhydrate de)	Prozac	<ul style="list-style-type: none"> gélule (10 mg, 20 mg)
		Fluvoxamine (maléate de)	Luvox	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (50 mg, 100 mg)
		Imipramine (chlorhydrate d')	Imipramine HCl	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg, 25 mg)
		Maprotiline (chlorhydrate de)	Maprotiline HCl	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (25 mg, 50 mg, 75 mg)
		Mirtazapine	Remeron	<ul style="list-style-type: none"> comprimé à dissolution orale (15 mg, 30 mg, 45 mg) comprimé (15 mg, 30 mg, 45 mg)
		Moclobémide	Manerix	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (100 mg, 150 mg)
		Nortriptyline (chlorhydrate de)	Aventyl	<ul style="list-style-type: none"> gélule (10 mg, 25 mg)
		Paroxétine (chlorhydrate de)	Paxil	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg)
		Phénelzine (sulfate de)	Nardil	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (15 mg)
		Sertraline	Zoloft	<ul style="list-style-type: none"> gélule (25 mg, 50 mg, 100 mg)
		Tranlycypromine (sulfate de)	Parnate	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg)
		Trazodone (chlorhydrate de)	Desyrel	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg)
		Trimipramine (maléate de)	Surmontil	<ul style="list-style-type: none"> gélule (75 mg) comprimé (12,5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg)
		Venlafaxine (chlorhydrate de)	Effexor	<ul style="list-style-type: none"> gélule à libération prolongée (37,5 mg, 75 mg, 150 mg)
28:16:08	Tranquillisants	Chlorpromazine	Largactil	<ul style="list-style-type: none"> injection (25 mg/ml) comprimé (25 mg, 50 mg, 100 mg)
		Flupenthixol (décanoate de) (critères)	Fluanxol Dépôt	<ul style="list-style-type: none"> injection (20 mg/ml, 100 mg/ml)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Flupenthixol (dichlorhydrate de)	Fluanxol	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (0,5 mg, 3 mg)
		Fluphénazine (critères)	Modecate	<ul style="list-style-type: none"> injection (25 mg/ml, 100 mg/ml)
		Fluphénazine	Fluphénazine	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (1 mg, 2 mg, 5 mg)
		Halopéridol	Haldol	<ul style="list-style-type: none"> injection (5 mg/ml) comprimé (0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg)
		Halopéridol	Haldol LA	<ul style="list-style-type: none"> injection (50 mg/ml, 100 mg/ml)
		Loxapine (succinate de)	Loxapac	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (2,5 mg, 5 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg)
		Méthotriméprazine	Nozinan	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (2 mg, 5 mg, 25 mg, 50 mg) injection (25 mg/ml)
		Perphénazine	Trilafon	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (2 mg, 4 mg, 16 mg)
		Pimozide	Orap	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (2 mg, 4 mg)
		Pipotiazine (palmitate de)	Piportil L4	<ul style="list-style-type: none"> injection (25 mg/ml, 50 mg/ml)
		Prochlorpérazine	Stémétil	<ul style="list-style-type: none"> injection (5 mg/ml) suppositoire (10 mg) comprimé (5 mg, 10 mg)
		Thiothixène	Navane	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (1 mg, 2 mg, 5 mg)
		Trifluopérazine (chlorhydrate de)	Stelazine	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg, 20 mg)
		Zuclopenthixol dihydrochloride	Clopixol	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10mg, 25mg)
		Zuclopenthixol (acétate de)	Clopixol-Accuphase	<ul style="list-style-type: none"> injection (50 mg/ml)
		Zuclopenthixol (décanoate de)	Clopixol Dépôt	<ul style="list-style-type: none"> injection (200 mg/ml)
28 :16:08 .04	Antipsychotiques atypiques	Aripiprazole (critères)	Abilify	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (2mg, 5mg, 15mg)
		Asenapine maleate (critères)	Saphris	<ul style="list-style-type: none"> comprimé sublingual (5mg, 10mg)
		Clozapine (critères)	Clozaril	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg)
		Lurasidone (critères)	Latuda	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (40mg, 80mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Olanzapine Mise en garde concernant la forme pour injection (ne pas utiliser des benzodiazépines ou d'autres agents dépresseurs du SNC avec olanzapine IM en raison d'un risque élevé de dépression cardiorespiratoire, d'hypotension et de bradycardie)	Zyprexa Zydis Zyprexa Zyprexa IM	<ul style="list-style-type: none"> comprimé à dissolution orale (5 mg, 10 mg, 15 mg) comprimé (2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 15 mg) injection IM (10 mg) Mise en garde
		Palipéridone	Invega Sustenna	<ul style="list-style-type: none"> Injection IM
		Quétiapine (fumarate de) (critères)	Seroquel	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (25 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg)
		Rispéridone	Risperdal Risperdal Consta	<ul style="list-style-type: none"> comprimé à dissolution orale (0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg) comprimé (0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 10 mg) injection IM
		Ziprasidone (chlorhydrate de) (critères)	Zeldox	<ul style="list-style-type: none"> gélule (20mg, 40mg)
28 :19.92	Anticonvulsivants divers	Pérampanel (critères)	Fycompa	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (4mg, 6mg)
28:20:04	Amphétamines	Dexamphétamine (sulfate de)	Dexedrine	<ul style="list-style-type: none"> comprimé à libération immédiate (5 mg)
		Lisdexamf/tamine dimesylate	Vyvanse	<ul style="list-style-type: none"> capsule à libération prolongée (20mg, 30mg, 60mg)
28:20.92	Anorexigènes, analeptiques respiratoires et psycho-analeptiques divers	Méthylphénidate (chlorhydrate de)	Ritalin	<ul style="list-style-type: none"> comprimé à libération immédiate (5 mg, 10 mg, 20 mg)
28:24.08	Anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques – benzodiazépines	Clobazam	Frisium	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg)
		Diazépam	Valium	<ul style="list-style-type: none"> injection (5 mg/ml)
		Lorazépam (critères)	Ativan	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (0,5 mg, 1 mg, 2 mg) comprimé sublingual (1 mg) injection (4 mg/ml)
		Midazolam	Midazolam	<ul style="list-style-type: none"> injection (1 mg/ml, 5 mg/ml)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
28:24.92	Autres anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques	Buspirone	Buspar	• comprimé (10 mg)
		Hydroxyzine (chlorhydrate de) (à usage restreint)	Atarax	• gélule (10 mg, 25 mg, 50 mg)
28:28.00	Antimaniaques	Lithium (carbonate de)	Carbolith	• gélule (150 mg, 300 mg, 600 mg)
		Lithium (citrate de)	Citrate de lithium	• 300 mg éq au carbonate/5 ml
		L-Tryptophane (critères)	Tryptan	• comprimé (250 mg, 500 mg, 1 g)
28:32.28	Agonistes sélectifs de la sérotonine	Sumatriptan (hémisulfate de)	Imitrex, vaporisation nasale	• vaporisateur nasal (20 mg)
		Sumatriptan (succinate de)	Imitrex, injectable Imitrex	• injection (12 mg/ml) • comprimé (50 mg, 100 mg)
28:36.08	Antiparkinsoniens - anticholinergiques	Benzotropine (mésylate de)	Cogentin	• injection (1 mg/ml) • comprimé (2 mg)
		Procyclidine (chlorhydrate de)	Kemadrin	• comprimé (2,5 mg, 5 mg)
		Trihexyphénidyle (chlorhydrate de)	Artane	• comprimé (2 mg, 5 mg)
28:36.12	Antiparkinsoniens - inhibiteurs de la catéchol-o-méthyltransférase (comt)	Entacapone	Comtan	• comprimé (200 mg)
28:36.16	Antiparkinsoniens - précurseurs de la dopamine	Lévodopa/Bensérazide	Prolopa	• gélule • 50 mg/12,5 mg • 100 mg/25 mg • 200 mg/50 mg
		Lévodopa/Carbidopa	Sinemet	• comprimé à libération contrôlée • 100 mg/25 mg • 200 mg/50 mg • comprimé 100 mg/10 mg • 250 mg/25 mg
28:36.20	Antiparkinsoniens - agonistes des récepteurs de la dopamine	Bromocriptine (mésylate de)	Parlodel	• comprimé (2,5 mg)
		Pramipexole (dichlorhydrate de)	Mirapex	• comprimé (0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 1,5 mg)
		Ropinirole (chlorhydrate de)	Requip	• comprimé (0,25 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
28:36.32	Antiparkinsoniens - inhibiteurs de la monoamine oxydase B	Sélégiline (chlorhydrate de)	Chlorhydrate de sélégiline	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (5 mg)
28:92.00	Autres agents ayant un effet sur le système nerveux central	Atomoxétine	Strattera	<ul style="list-style-type: none"> gélule (10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg)
		Fumarate de diméthyle (critères)	Tecfidera	<ul style="list-style-type: none"> comprimé à libération contrôlée (120mg)
		Riluzole	Rilutek	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (50 mg)
36:00	Agents utilisés en diagnostic (AD)			
36:00.00	Agents utilisés en diagnostic (AD)	Thyrotropine alfa	Thyrogen	<ul style="list-style-type: none"> poudre pour solution (0,9 mg/ml)
36:26.00	AD – Diabète sucré	Glucose Oxydase/ Peroxydase	Bandelettes réactives au glucose	<ul style="list-style-type: none"> solution témoin de glucose bandelettes réactives au glucose
36:58.00	Affections oculaires	Gouttes de fluorescéine sodique à 2 %	Gouttes de fluorescéine sodique (utilisation clinique seulement)	<ul style="list-style-type: none"> gouttes ophtalmiques à 2 %
36:88.00	AD – Composition de l'urine	Glucose Oxydase/ Peroxydase	Bandelettes réactives pour analyse d'urine	<ul style="list-style-type: none"> Diastix Ketostix
40:00	Agents ayant des effets sur l'équilibre électrolytique, l'apport calorique et l'équilibre hydrique			
40:08.00	Alcalinisants	Acide citrique/citrate de sodium	Dicitrate	<ul style="list-style-type: none"> solution (66,8 mg/100 mg/ml)
		Bicarbonate de sodium	Bicarbonate de sodium	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (325mg, 500mg) seringue préremplie (8,4 %)
40:12.00	Agents de suppléance	Calcium (carbonate de) (critères)	Os-Cal	<ul style="list-style-type: none"> 1 250 mg (500 mg de calcium élémentaire)
		Électrolyte/Dextrose	Gastrolyte	<ul style="list-style-type: none"> poudre (3,56 g/300 mg / 470 mg/530 mg)
		Magnésium (oxyde de)	Oxyde de magnésium	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (420 mg)
		Potassium (chlorure de)	Slow-K	<ul style="list-style-type: none"> comprimé à action prolongée (8 mmol)
40:17.00	Résines échangeuses de calcium	Polystyrène calcique (sulfonate de)	Resonium Calcium	<ul style="list-style-type: none"> 1 g se lie à environ 1,6 mmol de K sous forme de poudre

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
40:18.00	Résines échangeuses d'ions	Polystyrène sodique (sulfonate de)	Kayexalate K-Exit Sulfonate de polystyrène	<ul style="list-style-type: none"> 1 g se lie à environ 1 mmol de K sous forme de poudre suspension orale (250 mg/ml) lavement de rétention (250 mg/ml)
40:18.19	Agents d'agglutination du phosphate	Sevelamer (chlorhydrate de) (critères)	Renagel	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (800 mg)
		Lanthane (carbonate de)	Fosrenol	<ul style="list-style-type: none"> comprimé croquable (800 mg)
40:24.00	Substituts du glucose	Dextrose	Dextrosol Dextro Energy Insta-glucose 31g	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (47 g) solution orale à 40 % (31 g)
40:28.08	Diurétiques de l'anse	Acide éthacrynique	Edecrin	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (25 mg)
		Furosémide	Lasix	<ul style="list-style-type: none"> solution (10 mg/ml) comprimé (20 mg, 40 mg, 80 mg, 500 mg)
40:28.16	Diurétiques d'épargne potassique	Amiloride (chlorhydrate d')	Midamor	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (5 mg)
		Amiloride (chlorhydrate d')/ hydrochlorothiazide	Moduret	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (5 mg/50 mg)
		Triamtérène/ hydrochlorothiazide	Dyazide	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (50 mg/25 mg)
40:28.20	Diurétiques thiaziques	Hydrochlorothiazide	Hydrodiuril	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (12,5 mg, 25 mg)
		Spironolactone/ hydrochlorothiazide	Aldactazide	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (25 mg/25 mg, 50 mg/50 mg)
40:28.24	Diurétiques apparentés au thiazide	Chlorthalidone	Chlorthalidone	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (50 mg, 100 mg)
		Indapamide	Lozide	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (1,25 mg, 2,5 mg)
		Métolazone	Zaroxolyn	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (2,5 mg)
40:40.00	Uricosuriques	Probénécide	Benuryl	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (500 mg)
		Sulfinpyrazone	Sulfinpyrazone	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (100 mg)
48:00	Agents des voies respiratoires			
48:10.24	Modificateurs des récepteurs des leucotriènes	Montélukast (critères)	Singulair	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
48:10.32	Stabilisateurs de mastocytes	Cromoglycate sodique	Nalcrom Chromoglycate sodique Cromolyn Opticrom	<ul style="list-style-type: none"> gélule (100 mg) solution pour inhalation (10 mg/ml, dose unitaire) solution ophtalmique (2 %)
48 :12.08	Agents anticholinergiques	Bromure de glycopyrronium	Seebri	<ul style="list-style-type: none"> capsule (50µG) solution pour inhalation
52:00	Médicaments à usage oto-rhino-laryngologique et ophtalmologique (ORLO)			
52:04.04	ORLO – Antibactériens	Bactracine (zinc de)/sulfate de polymyxine B	Polysporin	<ul style="list-style-type: none"> onguent ophtalmique (500 UI/10 000 UI/g)
		Chloramphénicol	Pentamycetin Optimyxin	<ul style="list-style-type: none"> onguent ophtalmique (1 %) solution ophtalmique (0,5 %)
		Ciprofloxacine (chlorhydrate de)	Ciloxan	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (0,3 %) onguent ophtalmique (3,5 mg/g)
		Ciprofloxacine (chlorhydrate de)/dexaméthasone	Ciprodex	<ul style="list-style-type: none"> solution otique (0,3 %/0,1 %)
		Érythromycine	Ilotycin	<ul style="list-style-type: none"> onguent ophtalmique (5 mg/g)
		Acide fusidique	Fucithalmic	<ul style="list-style-type: none"> suspension ophtalmique (1 %)
		Gatifloxacine	Zymar	<ul style="list-style-type: none"> suspension ophtalmique (0. %)
		Gramicidine/sulfate de néomycine/sulfate de polymyxine B	Neosporin	<ul style="list-style-type: none"> solution (0,025 mg/2,5 mg/10 000 u/ml)
		Gramicidine/sulfate de polymyxine B	Polysporin Optimyxin	<ul style="list-style-type: none"> solution (0,025 mg/10 000 u/ml)
		Moxifloxacine	Vigamox	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (0.5%)
		Ofloxacine	Ocuflox	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (0,3 %)
		Polymyxine B (sulfate de)/sulfate de triméthoprime	Polytrim	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (10 000 u/1 mg/ml)
		Sulfacétamide sodique	Diosulf Sulamyd	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (10 %)
		Tobramycine	Tobrex	<ul style="list-style-type: none"> onguent ophtalmique (0,3 %) solution ophtalmique (0,3 %)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
52:04.20	ORLO – Antiviraux	Trifluridine	Viroptic	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (1 %)
52:08.08	ORLO – Corticostéroïdes	Béclométhasone (dipropionate de)	Beconase Aq	<ul style="list-style-type: none"> vaporisateur nasal (50 µg/dose)
		Dexaméthasone	Maxidex	<ul style="list-style-type: none"> onguent ophtalmique (0,1 %) solution ophtalmique (0,1 %) suspension ophtalmique (0,1 %)
		Dexaméthasone/tobramycine	Tobradex	<ul style="list-style-type: none"> onguent ophtalmique (0,1 %/0,3 %) solution ophtalmique (0,1 %/0,3 %)
		Fluméthasone (pivalate de)/ clioquinol	Locacorten Vioform	<ul style="list-style-type: none"> solution otique (0,02 %/1 %)
		Fluorométholone	FML FML Forte	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (0,1 %) suspension ophtalmique (0,1 %, 0,25 %)
		Fluorométholone	Flarex	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (0,1 %)
		Framycétine (sulfate de)/ gramicidine/ dexaméthasone	Sofracort oph/ot.	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique/otique (5 mg/0,05 mg/ml/0,5 mg)
		Hydrocortisone/sulfate de néomycine/sulfate de polymyxine B	Cortisporin	<ul style="list-style-type: none"> solution otique (10 mg/3,5 mg/10 000 u/ml) suspension (10 mg/5 mg/10 000 u/ml)
52:08.20	ORLO – Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Prednisolone (acétate de)	Pred Mild Pred Forte	<ul style="list-style-type: none"> suspension ophtalmique (0,12 %) suspension ophtalmique (1 %)
		Prednisolone (acétate de)/ sulfacétamide sodique	Blephamide	<ul style="list-style-type: none"> onguent ophtalmique (0,2 %/10 %) suspension ophtalmique (0,2 %/10 %)
		Diclofénac sodique	Voltaren	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (0,1 %)
		Kétorolac trométhamine	Acular	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (0,5 %)
		Nepafenac	Nevenac	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (0,1 %)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
52:16.00	Anesthésiques locaux	Gouttes de chlorhydrate de benoxinate et de fluorescéine	Fluorescéine sodique et chlorhydrate de benoxiate (utilisation clinique uniquement)	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (0,4 %/0,25 %)
52:20.00	ORLO – Myotiques	Carbachol	Isopto Carbachol	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (1,5 %)
52:24.00	ORLO – Mydriatiques	Atropine (sulfate d')	Atropine	<ul style="list-style-type: none"> onguent ophtalmique (1 %) solution ophtalmique (1 %)
		Cyclopentolate (chlorhydrate de)	Cyclogel	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (1 %)
		Dipivéfrine (chlorhydrate de)	Dipivefrin HCl	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (0,1 %)
		Homatropine (bromhydrate d')	Isopto Homatropine	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (2 %, 5 %)
		Tropicamide	Mydriacyl	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (1 %)
52:28.00	ORLO – Rince-bouche et gargarismes	Benzylamine (chlorhydrate de) (critères)	Tantum	<ul style="list-style-type: none"> bain de bouche (0,15 %)
		Chlorhexidine (gluconate de)	Perichlor Peridex	<ul style="list-style-type: none"> bain de bouche (0,12 %)
52:32.00	ORLO – Vasoconstricteurs	Phényléphrine (chlorhydrate de)	Mydrin	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (2,5 %, 10 %)
52:40.04	ORLO – Agonistes alpha-adrénergiques	Brimonidine (tartrate de)	Alphagan	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (0,2 %)
		Brimonidine tartrate/brinzolamide (critères)	Simbrinza	<ul style="list-style-type: none"> suspension ophtalmique (0,2%/1,0%)
		Brimonidine (tartrate de)/timolol	Combigan	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (0,2 %/0,5 %)
52:40.08	ORLO – Bêta-bloquants adrénérgiques	Timolol (maléate de)	Timoptic XE Timolol Maleate EX Timoptic	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique à action prolongée (0,25 %, 0,5 %) gel ophtalmique (0,25 %, 0,5 %) solution ophtalmique (0,25 %, 0,5 %)
		Timolol (maléate de)/travoprost	DuoTrav	<ul style="list-style-type: none"> gouttes ophtalmiques (0,5 %/0,004 %)
		Timolol (maléate de)/lantanoprost	Xalacom	<ul style="list-style-type: none"> gouttes ophtalmiques (0,5 %/0,05 %)
52:40.12	ORLO – Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique	Acétazolamide	Acetazolamide	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (250 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Dorzolamide (chlorhydrate de)	Trusopt	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (2 %)
		Dorzolamide/Timolol	Cosopt	<ul style="list-style-type: none"> gouttes ophtalmiques (0,2 %/0,5 %)
		Méthazolamide	Methazolamide	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (50 mg)
52:40.20	ORLO – Myotiques	Carbachol	Isopto Carbachol	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (1,5 %, 3 %)
		Pilocarpine	Pilopine Isopto Carpine	<ul style="list-style-type: none"> gel ophtalmique (4 %) solution ophtalmique (1 %, 2 %, 4 %)
		Pilocarpine	Pilocarpine	<ul style="list-style-type: none"> gouttes de solution ophtalmique (2 %, 4 %)
52:40.28	ORLO – Analogues de la prostaglandine	Travoprost	Travatan	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (0,004 %)
52:92.00	ORLO – Autres agents	Ipratropium (bromure d')	Atrovent	<ul style="list-style-type: none"> vaporisateur nasal (0,06 %)
		Lodoxamide (trométhamine de)	Alomide	<ul style="list-style-type: none"> solution ophtalmique (0,1 %)
56:00	Agents ayant des effets sur l'appareil gastro-intestinal			
56:04.00	Antiacides et adsorbants	Charbon activé	Charac-50 Charcodoate	<ul style="list-style-type: none"> suspension orale (200 mg/ml) suspension orale (50 g/225ml)
		Aluminium (hydroxyde d') (critères)	Amphogel	<ul style="list-style-type: none"> solution (64 mg/ml)
		Aluminium (hydroxyde d')/oxyde de magnésium (critères)	Almagel	<ul style="list-style-type: none"> 0,3 g/0,1 g dans 5 ml de solution
56:08:00	Antidiarrhéiques	Lopéramide (chlorhydrate de)	Imodium	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (2 mg)
56:12:00	Cathartiques et laxatifs	Bisacodyl	Dulcolax	<ul style="list-style-type: none"> comprimé entérique (5 mg) suppositoire (10 mg)
		Acide citrique/oxyde de magnésium/picosulfate de sodium	Pico-Salax	<ul style="list-style-type: none"> poudre
		Diocetyl sulfosuccinate sodium	Colace	<ul style="list-style-type: none"> gélule (100 mg)
		Glycérine	Glycérine	<ul style="list-style-type: none"> suppositoire pour adulte
		Lactulose	Acilac	<ul style="list-style-type: none"> solution orale (667 mg/ml)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Macrogol/chlorure de potassium/bicarbonate de sodium/chlorure de sodium/sulfate de sodium	Colyte Golytely PegLyte	<ul style="list-style-type: none"> poudre (60 g/750 mg/1,68 g/1,46 g/5,68 g/l)
		Magnésium (citrate de)	Citro-Mag	<ul style="list-style-type: none"> solution (15 g/300 ml)
		Magnésium (hydroxyde de)	Lait de Magnésie	<ul style="list-style-type: none"> 80 mg/ml
		Huile minérale	Huile minérale lourde (100 %)	<ul style="list-style-type: none"> solution
		Huile minérale/hydroxyde de magnésium	Magnolax	<ul style="list-style-type: none"> émulsion (25 %/6 %)
		Polyéthylène glycol/chlorure de potassium/bicarbonate de soude/chlorure de sodium/sulfate de sodium	Klean-Prep, Lax-A-Day	<ul style="list-style-type: none"> solution orale
		Psyllium (muciloïde hydrophile de)	Metamucil sans sucre	<ul style="list-style-type: none"> poudre (680 mg/g)
		Sennosides	Senokot	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (8,6 mg)
		Sodium (citrate de)/laurylsulfoacétate de sodium/sorbitol	Microlax	<ul style="list-style-type: none"> lavement (90 mg/9 mg/625 mg)
		Sodium dibasique (phosphate de)/phosphate de sodium monobasique	Phospho soda fleet PMS-Phosphates Solution Fleet Enemol	<ul style="list-style-type: none"> solution orale (180 mg/480 mg/ml) solution rectale (60 mg/160 mg/ml)
56:14.00	Cholélitholytiques	Ursodiol	Urso	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (250 mg)
		Lipase/amylase/protéase	Cotazym Creon Pancrease Ultrase	<ul style="list-style-type: none"> toutes les concentrations
56:20.00	Émétiques			<ul style="list-style-type: none">
56:22.08	Antihistaminiques	Dimenhhydrinate (à usage restreint – 3 jours)	Gravol	<ul style="list-style-type: none"> injection (50 mg/ml) suppositoire (100 mg) comprimé (50 mg)
		Doxylamine (succinate de)/pyridoxine	Diclectin	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg/10 mg)
56:22.20	Antagonistes du récepteur 5-HT3	Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d') (critères)	Zofran	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (4 mg, 8 mg)
56:22.92	Autres antiémétiques	Aprépitant (critères)	Emend	<ul style="list-style-type: none"> capsule (80mg, 125mg)
		Dompéridone (maléate de)	Motilium	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg)
		Nabilone (critères)	Cesamet	<ul style="list-style-type: none"> gélule (0,25 mg)
56:28.12	Antagonistes du récepteur H2 de l'histamine	Ranitidine (chlorhydrate de)	Zantac	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (150 mg, 300 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes	
56:28.28	Prostaglandines	Misoprostol	Cytotec	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (100 µg, 200 µg) 	
56:28.32	Protecteurs	Sucralfate	Sulcrate	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (1 g) suspension (1 g/5 ml) 	
56:28.36	Inhibiteurs de la pompe à protons	Lansoprazole	Prevacid	<ul style="list-style-type: none"> gélule à libération retardée (15 mg, 30 mg) 	
		Oméprazole	Losec	<ul style="list-style-type: none"> comprimé à libération retardée (10 mg, 20 mg) 	
		Pantoprazole sodique	Pantoloc	<ul style="list-style-type: none"> comprimé entérique (40 mg) 	
		Rabéprazole sodique	Pariet	<ul style="list-style-type: none"> comprimé entérique (10 mg, 20 mg) 	
56:32.00	Agents prokinétiques	Métoclopramide	Maxeran Reglan	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (10 mg) injection (5 mg/ml) 	
56:36.00	Anti-inflammatoires	Acide 5-aminosalicylique	<u>Orale</u> Pentasa Teva-5ASA	<ul style="list-style-type: none"> comprimé à libération retardée (500 mg) comprimé entérique (400 mg) 	
			<u>Rectale</u> Pentasa	<ul style="list-style-type: none"> lavement (1 g/100 ml, 4 g/100 ml) suppositoire (1 g) 	
			Salofalk	<ul style="list-style-type: none"> lavement (4 g/60 g) suppositoire (250 mg, 500 mg) 	
		Olsalazine sodique	Dipentum	<ul style="list-style-type: none"> gélule (250 mg) 	
60:00	Sels d'or				
60:00.00	Sels d'or	Auranofine	Ridaura	<ul style="list-style-type: none"> gélule (3 mg) 	
		Aurothiomalate de sodium	Myochrysine	<ul style="list-style-type: none"> injection (10 mg/ml, 5 mg/ml, 50 mg/ml) 	
64 :00.00	Antidotes des métaux lourds				
64:00.00	Chélateur de métaux lourds	Pénicillamine	Cuprimine	<ul style="list-style-type: none"> gélule (250 mg) 	
68:00	Hormones et substituts				
68:04:00	Corticostéroïdes	Budésonide	Pulmicort Nebuamp Entocort Entocort, Lavement	<ul style="list-style-type: none"> solution pour inhalation 0,125 mg/ml, 0,25 mg/ml, 0,5 mg/ml gélule (3 mg) lavement (0,02 mg/ml) 	
			Cortisone (acétate de)	Cortone	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (25 mg)
			Dexaméthasone	Decadron	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (0,5 mg, 0,75 mg, 2 mg, 4 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Dexaméthasone (phosphate de)	Dexamethasone phosphate	<ul style="list-style-type: none"> • injection (4 mg/ml, 10 mg/ml)
		Fludrocortisone (acétate de)	Florinef	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (0,1 mg)
		Fluticasone (acétate de)	Flovent	<ul style="list-style-type: none"> • aérosol-doseur HFA (125 µg/inhalation, 250 µg/inhalation) • poudre, diskus (100 µg/dose, 250 µg/dose, 500 µg/dose)
		Hydrocortisone	Cortef	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (10 mg, 20 mg)
		Hydrocortisone (succinate sodique d')	Solu-Cortef	<ul style="list-style-type: none"> • injection (100 mg/2 ml)
		Méthylprednisolone	Medrol	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (4 mg)
		Méthylprednisolone (acétate de)	Depo-Medrol	<ul style="list-style-type: none"> • suspension pour injection (40 mg/ml)
		Méthylprednisolone (acétate de)/Lidocaïne	Depo-Medrol avec lidocaïne	<ul style="list-style-type: none"> • suspension pour injection (40 mg/10 mg/ml)
		Méthylprednisolone (succinate sodique de)	Solu-Medrol	<ul style="list-style-type: none"> • injection (40 mg, 125 mg, 500 mg, 1 g)
		Furoate de mométasone	Asmanex	<ul style="list-style-type: none"> • twisthaler (200µG, 400µG)
		Prednisone	Winpred Deltasone	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (1 mg, 5 mg, 50 mg)
		Triamcinolone (acétonide de)	Kenalog-10 Kenalog-40	<ul style="list-style-type: none"> • suspension pour injection (10 mg/ml) • suspension pour injection (40 mg/ml)
		Triamcinolone (diacétate de)	Diacétate de triamcinolone	<ul style="list-style-type: none"> • suspension pour injection (40 mg/ml)
		Triamcinolone (hexacétonide de)	Aristopan	<ul style="list-style-type: none"> • suspension pour injection (20 mg/ml)
68:08.00	Androgènes	Danazol	Cyclomen	<ul style="list-style-type: none"> • gélule (50 mg, 200 mg)
		Testostérone (cypionate de) (critères)	Depo-Testostérone	<ul style="list-style-type: none"> • injection (100 mg/ml)
		Testostérone (éнанthate de) (critères)	Delatestryl	<ul style="list-style-type: none"> • injection (200 mg/ml)
68:12.00	Contraceptifs	Éthinylestradiol/ Désogestrel	Apri Linessa Marvelon Ortho-Cept	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé 25 µg/150 µg et 30 µg/150 µg
		Éthinylestradiol/d-norgestrel	Ovral	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (50 µg/250 µg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Éthinylestradiol/ Drospirénone	Yasmin	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (30 µg/3 mg)
		Éthinylestradiol, Etonogestrel (critères)	Nuvaring	<ul style="list-style-type: none"> dispositif 11,4 mg/2,6 mg
		Éthinylestradiol/Éthinodio l diacétate	Demulen 30	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (30 µg/2 mg)
		Éthinylestradiol/ Lévonorgestrel	Alesse Aviane	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (20 µg/100 µg)
		Éthinylestradiol/ Lévonorgestrel	Min-Ovral Portia Triquilar	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (30 µg/0,05 mg (6), 40 µg/0,075 mg (5), 30 µg/0,125 mg) comprimé (30 µg/150 µg)
		Éthinylestradiol/ Noréthindrone	Brevicon 0,5/35 Ortho 0,5/35 Brevicon 1/35 Synphasic Select 1/35 Ortho 7/7/7	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (35 µg/0,5 mg) comprimé (35 µg/0,5 mg (7), 35 µg/1 mg (9), 35 µg/0,5 mg (5)) comprimé (35 µg/1 mg) comprimé (35 µg/500 µg (7), 35 µg/750 µg (7), 35 µg/1 mg)
		Éthinylestradiol/Acétate de noréthindrone	Minestrin 1/20 Loestrin 1,5/30	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (20 µg/1 mg) comprimé (30 µg/1,5 mg)
		Éthinylestradiol/ Norgestimate	Tri-Cyclen LO Tri-Cyclen Cyclen	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (25 µg/0,180 mg (7), 25 µg/0,215 mg (7), 25 µg/0,25 mg) comprimé (35 µg/0,180 mg (7), 35 µg/0,215 mg (7), 35 µg/0,25 mg) comprimé (35 µg/0,25 mg)
		Lévonorgestrel	Plan B	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (0,75 µg)
		Lévonorgestrel	Mirena	<ul style="list-style-type: none"> intra-utérine (52mg)
		Noréthindrone	Micronor	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (0,35 mg (28))
68:16.04	Estrogènes	Estrogènes conjugués	CES Premarin	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (0,3 mg, 0,625 mg, 0,9 mg, 1,25 mg) crème vaginale (0,625 mg/g)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Estradiol	Estrogel Estrace Vagifem	<ul style="list-style-type: none"> • gel (0,06 %) • comprimé (0,5 mg, 1 mg, 2 mg) • anneau vaginal (2 mg) • comprimé vaginal (25 µg)
		Estradiol (valérate d')	Delestrogen	<ul style="list-style-type: none"> • injection (10 mg/ml)
		Estradiol – 17β	Estraderm	<ul style="list-style-type: none"> • timbre (25 µg, 50 µg, 100 µg)
		Estropipate	Ogen	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (0,625 mg, 1,25 mg, 2,5 mg)
		Éthinylestradiol/ Acétate de noréthindrone	FemHRT	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (1 mg/5 µg)
68:16.12	Agonistes-antagonistes des estrogènes	Raloxifène (chlorhydrate de) (critères)	Evista	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (60 mg)
68:20.02	Inhibiteurs de l'alpha-glucosidase	Acarbose	Glucobay Prandase	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (50 mg)
68:20.04	Biguanides	Metformine (chlorhydrate de)	Glucophage	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (500 mg, 850 mg)
98 :20.05	Inhibiteurs de Dipeptidyl Peptidase-4	Linagliptin (critères)	Trajenta	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (5 mg)
		Saxagliptin (critères)	Onglyza	<ul style="list-style-type: none"> • comprimé (2.5mg, 5mg)
68:20:08	Insulines	Insuline aspart	NovoRapid	<ul style="list-style-type: none"> • 100 u/ml
		Insuline détémir	Levemir	<ul style="list-style-type: none"> • 100 u/ml
		Insuline glargine	Lantus	<ul style="list-style-type: none"> • 100 u/ml
		Insuline glulisine	Apidra	<ul style="list-style-type: none"> • 100 u/ml
		Insuline (30 % neutre et 70 % isophane) humaine biosynthétique	Novolin ge 30/70	<ul style="list-style-type: none"> • injection 100 u/ml 100 u/ml (3 ml)
		Insuline (40 % neutre et 60 % isophane) humaine biosynthétique	Novolin ge 40/60	<ul style="list-style-type: none"> • injection 100 u/ml (3 ml)
		Insuline (50 % neutre et 50 % isophane) humaine biosynthétique	Novolin ge 50/50	<ul style="list-style-type: none"> • injection 100 u/ml (3 ml)
		Insuline (isophane) humaine biosynthétique	Humulin-N Novolin ge NPH	<ul style="list-style-type: none"> • injection 100 u/ml • injection 100 u/ml (3 ml)
		Insuline (cristaux insuline-zinc) humaine biosynthétique (origine : ADNr)	Humulin-R	<ul style="list-style-type: none"> • injection 100 u/ml 100 u/ml (3 ml)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Insuline biosynthétique	Novolin ge Toronto	<ul style="list-style-type: none"> injection 100 u/ml 100 u/ml (3 ml)
		Insuline humaine biosynthétique 20 % et isophane 80 %	Humulin 20/80	<ul style="list-style-type: none"> injection 100 u/ml (3 ml)
		Insuline humaine biosynthétique 30 % et isophane 70 %	Humulin 30/70	<ul style="list-style-type: none"> injection 100 u/ml 100 u/ml (3 ml)
		Insuline lispro	Humalog	<ul style="list-style-type: none"> 100 u/ml
		Insuline lispro biphasique	Humalog Mix 25 et 50	<ul style="list-style-type: none"> 100u/ml
		Insuline intermédiaire (suspension insuline-zinc) humaine biosynthétique (source : ADNr)	Humulin-L	<ul style="list-style-type: none"> injection 100 u/ml
68:20.16	Méglitinides	Natéglinide	Starlix	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (60 mg, 120 mg, 180 mg)
		Repaglinide	GlucNorm	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (0,5 mg, 1 mg)
68 :20:18	Inhibiteurs de SGLT-2	Canagliflozin (critères)	Invokana	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (100mg)
68:20:20	Antidiabétiques	Gliclazide	Diamicon Diamicon MR	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (30 mg) comprimé (80 mg)
		Glimépiride	Amaryl	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (1 mg, 2 mg, 4 mg)
		Glyburide	Diabeta	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (2,5 mg, 5 mg)
		Tolbutamide	Orinase	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (500 mg)
68:20.28	Thiazolidinédiones	Pioglitazone (chlorhydrate de) (critères)	Actos	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (15 mg, 30 mg, 45 mg)
68:22.12	Glycogénolytiques	Glucagon recombinant, source : ADN	Glucagon	<ul style="list-style-type: none"> injection (1 mg/ml)
68:24.00	Parathyroïdiens	Calcitonine de saumon (critères)	Miacalcin	<ul style="list-style-type: none"> vaporisateur nasal (200 UI/dose)
68:28.00	Hormones hypophysaires	Desmopressine (acétate de)	DDAVP	<ul style="list-style-type: none"> injection (4 µg/ml) vaporisateur nasal (10 ug/ml) comprimé (0,2 mg)
68:32.00	Progestatifs	Médroxyprogestérone (acétate de)	Depo-Provera Provera	<ul style="list-style-type: none"> injection (50 mg/ml, 150 mg/ml) comprimé (2,5 mg, 5 mg, 10 mg, 100 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
68:36:04	Thyroïdiens	Lévothyroxine sodique	Eltroxin Synthroid	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (0,025 mg, 0,05 mg, 0,075 mg, 0,088 mg, 0,11 mg, 0,112 mg, 0,125 mg, 0,137 mg, 0,15 mg, 0,175 mg, 0,2 mg, 0,3 mg)
		Liothyronine sodique	Cytomel	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (5 µg, 25 µg)
		Extrait thyroïdien	Thyroid	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (30 mg, 60 mg, 125 mg)
68:36:08	Anti-thyroïdiens	Propylthiouracile	Propyl-Thyracile	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (50 mg, 100 mg)
		Méthimazole	Tapazole	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (5 mg)
72.00	Anesthésiques locaux			
72:00.00	Anesthésiques locaux	Bupivacaine (chlorhydrate de)	Marcaine VL	<ul style="list-style-type: none"> injection (0,25 % (2,5 mg/ml))
80.00	Sérums, anatoxines et vaccins			
80:00:00		Vaccins, sérums, anatoxines	Tous	<ul style="list-style-type: none"> Mandat du SCC
84:00	Agents destinés à la peau et aux muqueuses (PM)			
84:04:04	PM – Antibiotiques	Bacitracine-zinc/sulfate de polymyxine B	Polysporin	<ul style="list-style-type: none"> onguent (500 UI/10 000 UI)
		Clindamycine (phosphate de)	Dalacin	<ul style="list-style-type: none"> crème vaginale (2 %)
		Gentamicine	Garamycin	<ul style="list-style-type: none"> crème (0,1 %)
		Gramicidine/sulfate de polymyxine B	Polysporin	<ul style="list-style-type: none"> crème (0,25 mg/10 000 UI)
		Mupirocine	Bactroban	<ul style="list-style-type: none"> crème (2 %) onguent (2 %)
84:04:08	PM – Fongicides	Ciclopirox olamine	Loprox	<ul style="list-style-type: none"> crème (1 %) lotion (1 %)
		Clotrimazole	Canesten	<ul style="list-style-type: none"> crème (1 %) crème et suppositoire vaginal (1 % et 200 mg) crème et suppositoire vaginal (1 % et 500 mg) crème vaginale (1 %, 2 %)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Miconazole (nitrate de)	Monistat 7 MCL Monistat 3 MCL Monistat Monistat 7 MCL Monistat 3	<ul style="list-style-type: none"> 2 % et 100 mg crème et suppositoire vaginal 2 % et 400 mg crème et suppositoire vaginal 2 % crème vaginale et 100 mg suppositoire vaginal 400 mg suppositoire vaginal
		Terbinafine (chlorhydrate de)	Lamisil	<ul style="list-style-type: none"> crème (1 %) vaporisateur (1 %)
84:04.12	PM – Parasitocides	Lindane	Hexit	<ul style="list-style-type: none"> lotion (1 %) shampooing (1 %)
		Permethrine	Nix, Crème pour la peau Kwellada-P	<ul style="list-style-type: none"> crème (5 %) lotion (5 %) après-shampooing (1 %)
84:04.92	PM – Autres anti-infectieux à action locale	Érythromycine/trétinoïne	Stievamycin doux Stievamycin fort	<ul style="list-style-type: none"> 4 %/0,025 % 4 %/0,05 %
		Métronidazole	MetroCrème MetroGel MetroLotion Flagyl Nidagel	<ul style="list-style-type: none"> crème (0,75 %) gel (1%) lotion (0,75 %) crème vaginale (10 %) gel vaginal (0,75 %)
		Métronidazole/nystatine	Flagystatin	<ul style="list-style-type: none"> crème vaginale (100 mg/20 000 u/g) suppositoire vaginal (500 mg/100 000 UI)
		Argent (sulfadiazine d')	Flamazine	<ul style="list-style-type: none"> crème (1 %)
84:06.00	PM – Anti-inflammatoires	Bétaméthasone (dipropionate de)	Diprosone	<ul style="list-style-type: none"> crème (0,05 %) onguent (0,05 %) lotion (0,05 %)
		Bétaméthasone (dipropionate de)/Acide salicylique	Diprosalic	<ul style="list-style-type: none"> lotion (0,05 %/2 %) onguent (0,05 %/3 %)
		Bétaméthasone (phosphate sodique de)	Betnesol	<ul style="list-style-type: none"> lavement (0,05 mg/ml)
		Bétaméthasone (valérate de)	Betnovate Betaderm Valisone	<ul style="list-style-type: none"> crème (0,05 %, 0,1 %) lotion (0,05 %, 0,1 %) onguent (0,05 %, 0,1 %) lotion capillaire (0,1 %)
		Bétaméthasone (valérate de)/Gentamicine (sulfate de)	Valisone G	<ul style="list-style-type: none"> crème (0,1 % & 0,1 %) onguent (0,1 % & 0,1 %)
		Budésotide	Entocort	<ul style="list-style-type: none"> lavement (0,02 mg/ml)
		Clioquinol/pivalate de fluméthasone	Locacorten Vioform	<ul style="list-style-type: none"> 3 %/0,02 %

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Désonide	Desocort Desonide Tridesilon	<ul style="list-style-type: none"> • crème (0,05 %) • lotion (0,05 %) • onguent (0,05 %)
		Hydrocortisone	Cortate Hyderm Emo-Cort Cortenema Hycort	<ul style="list-style-type: none"> • crème (0,5 %, 1 %) • lavement (100 mg/60 ml) • lotion (0,5 %, 1 %) • onguent (0,5 %, 1 %)
		Hydrocortisone (acétate d')	Cortifoam Hyderm Dermaflex HC	<ul style="list-style-type: none"> • mousse en aérosol (10 %) • crème (0,5 %, 1 %) • lotion (1 %)
		Hydrocortisone (acétate d')/chlorhydrate de pramoxine	Proctofoam-HC	<ul style="list-style-type: none"> • mousse rectale (1 %/1 %)
		Hydrocortisone (acétate d')/sulfate de zinc	Anusol-HC Anuzinc HC	<ul style="list-style-type: none"> • suppositoire (10 mg/10 mg) • onguent (0,5 %/0,5 %)
		Hydrocortisone/urée	Uremol HC	<ul style="list-style-type: none"> • crème (1 %/10 %) • lotion (1 %/10 %)
		Nystatine/Sulfate de néomycine/acétonide de triamcinolone/gramicidine	Kenacomb Viaderm-K.C.	<ul style="list-style-type: none"> • crème /onguent 100 000 UI/2,5 mg/1 mg / 0,25 mg
		Triamcinolone (acétonide de)	Kenalog in orabase Oracort	<ul style="list-style-type: none"> • pâte dentaire 0.1%
84:08.00	PM – Antiprurigineux et anesthésiques locaux	Lidocaïne	Xylocaïne visqueuse Xylocaïne en gelée	<ul style="list-style-type: none"> • solution (2 %) • gelée (2 %)
		Lidocaïne	Lidocaïne	<ul style="list-style-type: none"> • injection (1 %, 2 %) • injection avec épinéphrine (1 %, 2 %)
		Tétracaïne (chlorhydrate de)	Tétracaïne, gouttes Tétracaïne minims Pontocaine injection	<ul style="list-style-type: none"> • gouttes (0,5 %) • gouttes (1 %) • injection (20 mg/ml)
84:16.00	PM – Agents stimulant les cellules et la prolifération cellulaire	Trétinoïne	Retin-A (à base d'eau) Stieva-A (à base d'eau)	<ul style="list-style-type: none"> • crème (0,01 %) • crème (0,025 %) • crème (0,05 %) • crème (0,1 %)
84:28.00	Kératolytiques	Adapalène	Differin	<ul style="list-style-type: none"> • crème (0,1 %)
		Peroxyde de benzoyle	Benoxyl – à base d'eau Desquam-X – à base d'eau Panoxyl – à base d'eau	<ul style="list-style-type: none"> • crème (10 % – 20 %) • lotion (10 % – 20 %)
		Peroxyde de benzoyle/clindamycine	Benzaclin Clindoxyl	<ul style="list-style-type: none"> • gel (5%/1%)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Podofilox	Condyline Wartec	• Solution (0.5%)
	PM - Divers	Cyclosporine (critères)	Néoral	• comprimé (25mg, 50mg, 100mg) • solution orale (100mg/ml)
	Agents mélanisants	Méthoxsalen	Oxsohalen Ultramop	• gélule (10 mg) • lotion (1 %)
84 :36.00	Autres agents ayant des effets sur la peau et les muqueuses	Acide azélaïque	Finacea	• gel (15%)
84:50.06		Acitrétine	Soriatane	• gélule (10 mg, 25 mg)
84:92.00		Calcipotriol (critères)	Dovonex	• crème (50 µg/g) • onguent (50 µg/g) • solution (50 µg/g)
		Fluorouracile	Efudex	• crème (5 %)
		Isotrétinoïne	Accutane Clarus	• gélule (10 mg) • gélule (40 mg)
		Pimécrolimus (critères)	Elidel	• crème (1 %)
		Tacrolimus (protopic) (critères)	Protopic	• onguent (0,1 %)
		Tazarotène	Tazorac	• crème (0,05 %, 0,1 %)
86 :00	Spasmolytiques			
	Spasmolytiques génito-urinaires	Flavoxate (chlorhydrate de)	Urispas	• comprimé (200 mg)
		Oxybutynine (chlorure d')	Ditropan	• comprimé (2,5 mg, 5 mg)
86:12.00		Fésotérodine (fumarate de) (critères)	Toviaz	• comprimé (4mg, 8mg)
		Toltérodine	Detrol	• comprimé (1 mg, 2 mg, 4 mg)
	Spasmolytiques respiratoires	Aminophylline	Phyllocontin	• comprimé à libération prolongée (225 mg, 350 mg)
		Théophylline	Theolair Uniphyl	• comprimé à libération prolongée (100 mg, 200 mg, 300 mg) • comprimé à libération prolongée (400 mg, 600 mg)
88:00	Vitamines			
	Vitamine A	Vitamine A	Vitamine A	• gélule (25 000 UI, 50 000 UI)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
	Complexe des vitamines B	Cyanocobalamine	Rubramin, vitamine B12	• injection (1 000 µg/ml)
88:04.00		Acide folique	Acide folique	• comprimé (5 mg)
88:08.00		Pyridoxine (critères)	Vitamine B6	• comprimé (25mg, 100mg)
		Thiamine (chlorhydrate de) (critères)	Thiamine HCl	• comprimé (50 mg)
	Vitamine D	Alfacalcidol	One-Alpha	• gélule (0,25 µg, 1 µg)
		Calcitriol	Rocaltrol	• gélule (0,25 µg, 0,5 µg)
88:16.00		Cholécalciférol (critères)	Cholécalciférol Vitamine D	• comprimé (1 000 UI)
	Vitamine K	Phytonadione	Vitamine K1	• injection (10 mg/ml)
	Multivitamines	Multivitamines (prénatales)	Centrum Materna	• comprimé à dose unquotidienne
88:24.00		Multivitamines complètes (critères)	Centrum Centrum Forte	• comprimé à dose unquotidienne
92 :00	Autres médicaments			
92:00:00	Autres médicaments	Alendronate sodique	Fosamax	• comprimé (10 mg) • comprimé (40 mg) • comprimé (70 mg)
		Allopurinol	Zyloprim	• comprimé (100 mg, 200 mg, 300 mg)
		Azathioprine	Imuran	• comprimé (50 mg)
		Bétahistine (chlorhydrate de)	Serc	• comprimé (16 mg, 24 mg)
		Cabergoline (critères)	Dostinex	• comprimé (0,5 mg)
		Colchicine	Colchicine	• comprimé (0,6 mg)
		Cyprotérone (acétate de)/ éthinylestradiol	Diane-35	• comprimé (2 mg/35 µg)
		Dutastéride (critères)	Avodart	• gélule (0,5 mg)
		Étidronate disodique	Didronel	• comprimé (200 mg)
		Finastéride	Proscar	• comprimé (5 mg)
		Flunarizine (chlorhydrate de)	Sibelium	• gélule (5 mg)
		Flumazénil	Anexate	• injection (0,1 mg/ml)
		Léflunomide (critères)	Arava	• comprimé (10 mg, 20 mg)
		Leucovorine calcique	Leucovorine calcique	• comprimé (5 mg)
		Mofétilmycophénolate	CellCept	• gélule (250 mg) • comprimé (500 mg)

Code AHFS	Catégorie	Médicament	Nom commercial	Forme posologique/Notes
		Mycophénolate sodique	Myfortic	<ul style="list-style-type: none"> comprimé entérique (180 mg, 360 mg)
		Pentosan sodique (polysulfate de)	Elmiron	<ul style="list-style-type: none"> gélule (100 mg)
		Ustekinumab (critères)	Stelara	<ul style="list-style-type: none"> Solution (45mg/0.5mL)
		Trimébutine (maléate de)	Modulon	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (200 mg)
92:16.00		Febuxostat (critères)	Uloric	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (80mg)
92 :20.00	Agents anti-gouttes	Glatiramère, (acétate de) (critères)	Copaxone	<ul style="list-style-type: none"> seringue préremplie (20mg)
		Interféron beta 1-a (critères)	Avonex PS/Avonex PEN, Rebif	<ul style="list-style-type: none"> seringue préremplie (30ug) seringue préremplie (22ug, 44ug) cartouche préremplie (66ug, 132ug)
		Interféron beta-1b (critères)	Betaseron, Extavia	<ul style="list-style-type: none"> injection (0.3mg)
		Natalizumab (critères)	Tysabri	<ul style="list-style-type: none"> injection (300 mg)
92 :36.00	Maladie de modification agents antirhumatismaux	Abatacept (critères)	Orencia	<ul style="list-style-type: none"> injection (125mg/ml, 250mg/fiole)
		Adalimumab (critères)	Humira	<ul style="list-style-type: none"> Solution (40mg/0.8mL)
		Certolizumab Pegol (critères)	Cimzia	<ul style="list-style-type: none"> SC solution (200mg/mL)
		Entanercept (critères)	Enbel	<ul style="list-style-type: none"> Solution (25mg/kit or 50mg/mL)
		Infliximab (critères)	Remicade Inflectra	<ul style="list-style-type: none"> IV injection (100mg)
		Tocilizumab (critères)	Actemra	<ul style="list-style-type: none"> injection (162mg/0.9ml)
92 :44.00	Agents immuno-suppresseur	Sicrolimus	Rapamune	<ul style="list-style-type: none"> comprimé (1 mg)
		Tacrolimus	Advagraf	<ul style="list-style-type: none"> capsule – libération prolongée (0.5mg, 1mg, 3mg, 5mg)
		Tacrolimus	Prograf	<ul style="list-style-type: none"> gélule (0,5 mg, 1 mg, 5 mg) injection (5 mg/ml)
94:00	Appareils			
94:01.00	Fournitures	Diabétiques	Seringue Aiguille	<ul style="list-style-type: none"> seringue et aiguille

Annexe B. Programme des médicaments thérapeutiquement interchangeables

Le remplacement automatique a été défini comme étant « la distribution d'un produit thérapeutiquement interchangeable approuvé par le pharmacien ». Le SCC remplace un médicament par un médicament du formulaire qu'on lui préfère dans le cadre du Programme des médicaments thérapeutiquement interchangeables. La liste des médicaments automatiquement remplacés a été approuvée par le Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique.

Des différences régionales peuvent toucher certaines classes de médicaments dans ce programme. Ces différences sont permises pour les classes de médicaments qui n'ont démontré aucun effet concluant sur les résultats du patient, et se manifestent lorsque la région a obtenu un meilleur prix à l'achat de certains médicaments. À titre d'exemple, citons les antihistaminiques, les corticostéroïdes inhalés, les inhibiteurs de pompe à protons et les statines qui abaissent le cholestérol. Dans ces cas particuliers, la préférence de la région sera indiquée, et l'information, diffusée aux établissements de la région. Il est possible que les différences régionales soient modifiées sans préavis pour s'harmoniser avec les médicaments privilégiés à l'échelle nationale selon l'examen des études publiées et le prix payé par le SCC à l'achat.

Lorsqu'un produit interchangeable est prescrit, le processus de remplacement est le suivant :

- Pharmacie régionale :
- Reçoit l'ordonnance d'un médicament et effectue automatiquement le remplacement comme il est indiqué à l'**annexe B : Programme des médicaments thérapeutiquement interchangeables**.
- Note le remplacement sur le formulaire « Avis de remplacement automatique des médicaments prescrits » (CSC-SCC 1415-3) et expédie le formulaire au service de santé de l'établissement. Dans ce formulaire figurent le médicament prescrit à l'origine et le médicament qui le remplace.
- Personnel infirmier :
- Assure que l'avis de la substitution automatique est placé dans le dossier médical du détenu, pour obtenir une signature du médecin de l'établissement (constitue une modification de l'ordonnance).
- Consigne le changement dans le Registre d'administration des médicaments (RAM).
- Médecin de l'établissement :
- Signe le formulaire « Avis de remplacement automatique des médicaments prescrits » (CSC-SCC 1415-3). Ce formulaire devient partie intégrante du dossier médical.
- **Pour demander l'annulation du remplacement automatique** d'un médicament interchangeable, il faut remplir le formulaire [Demande de médicament sous réserve de certains critères et hors pharmacopées](#) (CSC-SCC 1415).

PROGRAMME DES MÉDICAMENTS THÉRAPEUTIQUEMENT INTERCHANGEABLES

La présente constitue une liste de médicaments/posologies interchangeables. Les médicaments sont généralement énumérés par ordre alphabétique de nom générique, sauf lorsqu'il est question de l'ensemble de la classe de médicaments.

ORDONNANCE	MÉDICAMENT ÉQUIVALENT INSCRIT SUR LE FORMULAIRE
Acétaminophène (Tylenol)	Toutes ordonnances pour l'Acétaminophène 325mg, 1 à 2 comprimés, seront automatiquement remplacées par l'Acétaminophène 500 mg, 1 comprimé.
Acétaminophène avec codéine, composés (Tylenol 2, Tylenol 3)	Toutes ordonnances pour les composés d'acétaminophène avec codéine seront automatiquement remplacées par l'équivalent thérapeutique le moins cher.
Acide 5-aminosalicylique (Salofalk, Asacol, Mesasal, Mezavant)	La dose total prescrite par jour sera utilise pour calculer la dose correspondante la plus proche de Teva-5ASA, qui sera fourni en trois doses divisées. Nota : les intervalles d'administration peuvent être changés sur demande.
Acide valproïque (Depakene)	L'acide valproïque sera automatiquement remplacé par le divalproex sodique (Epival). Le sirop à base d'acide valproïque (Depakene) ne sera pas remplacé.
Bromure d'acliniidum (Tudorza Genuair)	Remplacement automatique par le Bromure de glycopyrronium (Seebri)
Almotriptan (Axert)	L'almotriptan (Axert) sera automatiquement remplacé par le sumatriptan en respectant l'équivalence posologique suivante : Almotriptan (Axert, 12,5 mg) = sumatriptan, 100 mg
Amcinonide, 0,1 % (Cyclocort), crème/lotion/onguent	Remplacement automatique par le valérate de bétaméthasone, crème/lotion/onguent à 0,1 %, au même intervalle.
Aminoglycosides à usage ophtalmique	Les aminoglycosides à usage ophtalmique (framycétine, gentamycine) seront remplacés par la Tobramycine . Le médicament d'association combinant un aminoglycoside /un corticostéroïde (p. ex. Garasone) sera remplacé par Tobradex .
Amoxicilline 500/potassium (clavunilate de) (Clavulin-500), tid	Amoxicilline 875 et clavulanate de potassium (Clavulin-875) bid
Ampicilline (PO), toutes les six heures	Amoxicilline, même dose (PO), q 8 h
Analogues des prostaglandines à usage ophtalmique	Les analogues des prostaglandines à usage ophtalmique suivants seront remplacés par le travopost (même intervalle entre les doses) bimatoprost (Lumigan), 0,03 % od lantanoprost (Xalatan), 0,005 % od

ORDONNANCE	MÉDICAMENT ÉQUIVALENT INSCRIT SUR LE FORMULAIRE																																										
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine	<p>Tout antagoniste des récepteurs de l'angiotensine non inscrits sur le formulaire sera remplacé en respectant l'équivalence posologique suivante pour Valsartan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Candésartan, 8 mg par jour = Valsartan, 80 mg par jour • Éprosartan, 600 mg par jour = Valsartan 80 mg par jour • Irbesartan, 150 mg par jour = Valsartan, 80 mg par jour • Losartan, 50 mg par jour = Valsartan, 80 mg par jour • Olmésartan, 10mg par jour = Valsartan, 80mg par jour • Telmisartan, 40 mg par jour = Valsartan, 80 mg par jour 																																										
Antagonistes des récepteurs H2	<p>Tous les antagonistes des récepteurs H2 non inscrits sur le formulaire seront remplacés en respectant les équivalences posologiques suivantes : <u>Cimétidine</u></p> <p>< 800 mg = Ranitidine, 150 mg od 800 à 2 400 mg = Ranitidine, 300 mg od (ou 150 mg bid) Famotidine 20 = Ranitidine, 150 mg Nizatidine 150 = Ranitidine, 150 mg</p>																																										
Anti-cholinergiques, action prolongée (Enablex, Detrol LA, Vesicare, Ditropan XL, Tosec)	<p>Toutes ordonnances pour les anticholinergiques à action prolongée seront automatiquement remplacées par la fésotérodine selon le tableau suivant :</p> <table border="1" data-bbox="544 846 1320 1230"> <thead> <tr> <th>médicament</th> <th>Doses disponibles</th> <th>Fréquence par jour</th> <th>Equivalent fésotérodine</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Darifenacin</td> <td>7.5 mg</td> <td rowspan="2">Une fois</td> <td>4mg</td> <td rowspan="2">Une fois</td> </tr> <tr> <td>15 mg</td> <td>8mg</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Tolterodine</td> <td>2mg</td> <td rowspan="2">Une fois</td> <td>4mg</td> <td rowspan="2">Une fois</td> </tr> <tr> <td>4mg</td> <td>8mg</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Solifenacin Succinate</td> <td>5mg</td> <td rowspan="2">Une fois</td> <td>4mg</td> <td rowspan="2">Une fois</td> </tr> <tr> <td>10mg</td> <td>8mg</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Oxybutynin XL</td> <td>5mg</td> <td rowspan="2">Une fois</td> <td>4mg</td> <td rowspan="2">Une fois</td> </tr> <tr> <td>10mg</td> <td>8mg</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Trospium</td> <td>20mg</td> <td>Une fois</td> <td>4mg</td> <td>Une fois</td> </tr> <tr> <td>20mg</td> <td>Deux fois</td> <td>8mg</td> <td>Une fois</td> </tr> </tbody> </table>	médicament	Doses disponibles	Fréquence par jour	Equivalent fésotérodine	Fréquence	Darifenacin	7.5 mg	Une fois	4mg	Une fois	15 mg	8mg	Tolterodine	2mg	Une fois	4mg	Une fois	4mg	8mg	Solifenacin Succinate	5mg	Une fois	4mg	Une fois	10mg	8mg	Oxybutynin XL	5mg	Une fois	4mg	Une fois	10mg	8mg	Trospium	20mg	Une fois	4mg	Une fois	20mg	Deux fois	8mg	Une fois
médicament	Doses disponibles	Fréquence par jour	Equivalent fésotérodine	Fréquence																																							
Darifenacin	7.5 mg	Une fois	4mg	Une fois																																							
	15 mg		8mg																																								
Tolterodine	2mg	Une fois	4mg	Une fois																																							
	4mg		8mg																																								
Solifenacin Succinate	5mg	Une fois	4mg	Une fois																																							
	10mg		8mg																																								
Oxybutynin XL	5mg	Une fois	4mg	Une fois																																							
	10mg		8mg																																								
Trospium	20mg	Une fois	4mg	Une fois																																							
	20mg	Deux fois	8mg	Une fois																																							
Antifongiques (topiques)	<p>Toutes les commandes pour un antifongique topique (Miconazole et Kétoconazole) seront remplacées par le clotrimazole.</p>																																										
Antihistaminiques de 2 ^e et de 3 ^e génération	<p>Les antihistaminiques oraux de 2^e et de 3^e génération seront remplacés par l'équivalent thérapeutique le moins cher.</p> <p>Loratadine 10 mg = Cétirizine 10 mg = Fexofénadine 60 mg = Desloratadine 5 mg</p>																																										
Atorvastatine (Lipitor)	<p>Toutes les statines seront remplacées par une dose équivalente de l'équivalent thérapeutique le moins cher.</p> <p>Atorvastatine 20mg = Lovastatine 80mg = Fluvastatine 80mg = Pravastatine 80mg = Simvastatine 40mg = Rosuvastatine 5mg</p>																																										
Bacitracin (Baciguent)	<p>Remplacement automatique par le bacitracine-zinc/sulfate de polymyxine B (Polysporin topical)</p>																																										
Bénazépril, 20 mg par jour	<p>Ramipril, 5 mg par jour</p>																																										

ORDONNANCE	MÉDICAMENT ÉQUIVALENT INSCRIT SUR LE FORMULAIRE									
Beta-agoniste à longue durée	<p>Remplacement automatique de beta-agoniste de longue durée en utilisant la règle de conversion posologique suivante :</p> <table border="1" data-bbox="544 359 1404 533"> <thead> <tr> <th data-bbox="544 359 917 415">Produit</th> <th data-bbox="917 359 1141 415">Dose</th> <th data-bbox="1141 359 1404 415">Substitution Indacatérol - Onbrez</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="544 415 917 472">Salmétérol – Serevent 50mcg</td> <td data-bbox="917 415 1141 472">• 1 puff BID</td> <td data-bbox="1141 415 1404 472">• 75mcg le soir</td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 472 917 533">Formotérol – Oxeze 12mcg</td> <td data-bbox="917 472 1141 533">• 1 inhalation BID</td> <td data-bbox="1141 472 1404 533">• 75mcg le soir</td> </tr> </tbody> </table>	Produit	Dose	Substitution Indacatérol - Onbrez	Salmétérol – Serevent 50mcg	• 1 puff BID	• 75mcg le soir	Formotérol – Oxeze 12mcg	• 1 inhalation BID	• 75mcg le soir
Produit	Dose	Substitution Indacatérol - Onbrez								
Salmétérol – Serevent 50mcg	• 1 puff BID	• 75mcg le soir								
Formotérol – Oxeze 12mcg	• 1 inhalation BID	• 75mcg le soir								
Bêta-bloquants à usage ophtalmique	<p>Les bêta-bloquants à usage ophtalmique (solution) suivants seront remplacés par le Timolol (même concentration et même intervalle entre les doses) Bétaxolol (Betoptic S) 0,25 %/0,5 % Lévobunolol (Betagan) 0,25 %/0,5 %</p>									
Bétaxolol, solution ophtalmique (Betoptic/Betoptic S) 0,25 %/0,5 %	Timolol 0,25 %/0,5 %, solution									
Biaxin XL	Clarithromycine à libération immédiate (bid). Même dose quotidienne totale.									
Bimatoprost (Lumigan)	Remplacement automatique par le travoprost (Travatan).									
Brimonidine 0,15 % (Alphagan P [tid])	Brimonidine 0,2 %, bid									
Brinzolamide (Azopt)	<ul style="list-style-type: none"> • La dorzolamide est le médicament inscrit sur le formulaire à privilégier comme inhibiteur de l'anhydrase carbonique. • La brinzolamide (Azopt), 1 %, tid, sera automatiquement remplacée par la dorzolamide (Trusopt), 2 %, tid. 									
Budésonide, aqueux (générique) 64 µg, une vaporisation, bid, ou deux vaporisations une fois par jour	Béclométhasone aqueux 50 µg, 2 vaporisations, bid									
Budésonide, nébules, aucune concentration spécifiée	Budésonide 0,25 mg/ml (0,5 mg/2 ml)									
Bupropion (Wellbutrin/Wellbutrin XL)	Toutes ordonnances pour Wellbutrin XL, 150mg ou 300mg (dose quotidienne), seront automatiquement remplacées par Bupropion SR 150mg, une ou deux fois par jour.									
Candésartan, 8 mg	Valsartan, 80 mg par jour.									
Cétirizine	<p>Les antihistaminiques oraux de 2^e et de 3^e génération seront remplacés par l'équivalent thérapeutique le moins cher.</p> <p>Cétirizine 10mg = Loratadine 10 mg = Fexofénadine 60 mg = Desloratadine 5 mg</p>									
Ciclésionide (Omnaris), 50 µg, deux vaporisations une fois par jour	Béclométhasone aqueux, 50 µg, deux vaporisations bid									

ORDONNANCE	MÉDICAMENT ÉQUIVALENT INSCRIT SUR LE FORMULAIRE
Cilazapril, 5 mg par jour	ramipril, 5 mg par jour
Cimétidine (Tagamet)	<p>Les ordonnances de cimétidine seront remplacées par de la ranitidine selon les modalités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cimétidine < 800 mg par jour = ranitidine, 150 mg • Cimétidine, 800 à 2 400 mg par jour = ranitidine, 300 mg par jour • si la dose quotidienne de ranitidine est > 300 mg, elle peut être divisée en 2 prises.
Cipro XL – une fois par jour	ciprofloxacine à libération immédiate (bid). Même dose quotidienne totale.
Clobétopol (propionate de), 0,05 % (Dermovate)	Remplacement automatique par le dipropionate de bétaméthasone (Diprosone).
Clozapine (Clozaril)	<p>Santé Canada exige que chaque distributeur de clozapine mette en place un programme de surveillance afin d'assurer une innocuité optimale du traitement pour les patients recevant ce médicament. Ce programme doit permettre l'inscription des patients et celles de leur médecin, du pharmacien et du laboratoire, de même que la surveillance des effets indésirables de la clozapine. Les patients doivent y être inscrits pendant toute la durée du traitement, et la surveillance doit se poursuivre au moins à intervalle hebdomadaire au cours des quatre semaines suivant l'arrêt du traitement par la clozapine, quel qu'en soit le motif.</p> <p>Lorsqu'un patient est jugé admissible au traitement par la clozapine, il est nécessaire de se conformer à la procédure suivante avant de prescrire le médicament :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un psychiatre doit entreprendre les procédures d'inscription et signer le formulaire approprié. Le formulaire rempli doit ensuite être acheminé au programme de surveillance concerné. 2. Le traitement à la clozapine ne peut pas être amorcé tant que l'approbation du programme de surveillance n'a pas été reçue. 3. Lorsque le programme approuve l'instauration du traitement, il en avise le psychiatre et le pharmacien. 4. Le psychiatre peut ensuite prescrire la clozapine. Il doit aussi préparer une ordonnance pour que soient réalisées les analyses sanguines prévues par le protocole de traitement par la clozapine. <p>Note: Pour toutes les nouvelles ordonnances de Clozaril, l'équivalent thérapeutique le moins dispendieux sera remis</p>

ORDONNANCE	MÉDICAMENT ÉQUIVALENT INSCRIT SUR LE FORMULAIRE															
<p>Combinaison corticostéroïde/beta-agonist de longue durée (inhalation)</p>	<p>Remplacement automatique de corticostéroïdes/beta-agonist de longue durée pour inhalation en utilisant la règle de conversion posologique suivante :</p> <table border="1" data-bbox="544 359 1404 898"> <thead> <tr> <th data-bbox="544 359 857 443">Produit</th> <th data-bbox="857 359 1047 443">Dose</th> <th data-bbox="1047 359 1404 443">Substitution Formotérol/Budésonide Symbicort</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="544 443 857 558">Salmétérol/Fluticasone Advair HFA 25mcg/125mcg 25mcg/250mcg</td> <td data-bbox="857 443 1047 558"> <ul style="list-style-type: none"> • 2 puffs BID • 2 puffs BID </td> <td data-bbox="1047 443 1404 558"> <ul style="list-style-type: none"> • 6mcg/100mcg - 2 inh BID • 6mcg/200mcg - 2 inh BID </td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 558 857 674">Salmétérol/Fluticasone Advair Diskus 50mcg/250mcg 50mcg/500mcg</td> <td data-bbox="857 558 1047 674"> <ul style="list-style-type: none"> • 1 inh BID • 1 inh BID </td> <td data-bbox="1047 558 1404 674"> <ul style="list-style-type: none"> • 6mcg/100mcg - 2 inh BID • 6mcg/200mcg - 2 inh BID </td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 674 857 789">Formotérol/Mométasone Zenhale 5mcg/100mcg 5mcg/200mcg</td> <td data-bbox="857 674 1047 789"> <ul style="list-style-type: none"> • 2 inh BID • 2 inh BID </td> <td data-bbox="1047 674 1404 789"> <ul style="list-style-type: none"> • 6mcg/100mcg - 2 inh BID • 6mcg/200mcg - 2 inh BID </td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 789 857 898">Furoate de fluticasone/vilantérol Breo Ellipta 100 mcg/ 25 mcg</td> <td data-bbox="857 789 1047 898"> <ul style="list-style-type: none"> • 1 inh DIE </td> <td data-bbox="1047 789 1404 898"> <ul style="list-style-type: none"> • 6mcg/200mcg - 2 inh BID </td> </tr> </tbody> </table>	Produit	Dose	Substitution Formotérol/Budésonide Symbicort	Salmétérol/Fluticasone Advair HFA 25mcg/125mcg 25mcg/250mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 2 puffs BID • 2 puffs BID 	<ul style="list-style-type: none"> • 6mcg/100mcg - 2 inh BID • 6mcg/200mcg - 2 inh BID 	Salmétérol/Fluticasone Advair Diskus 50mcg/250mcg 50mcg/500mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 1 inh BID • 1 inh BID 	<ul style="list-style-type: none"> • 6mcg/100mcg - 2 inh BID • 6mcg/200mcg - 2 inh BID 	Formotérol/Mométasone Zenhale 5mcg/100mcg 5mcg/200mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 2 inh BID • 2 inh BID 	<ul style="list-style-type: none"> • 6mcg/100mcg - 2 inh BID • 6mcg/200mcg - 2 inh BID 	Furoate de fluticasone/vilantérol Breo Ellipta 100 mcg/ 25 mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 1 inh DIE 	<ul style="list-style-type: none"> • 6mcg/200mcg - 2 inh BID
Produit	Dose	Substitution Formotérol/Budésonide Symbicort														
Salmétérol/Fluticasone Advair HFA 25mcg/125mcg 25mcg/250mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 2 puffs BID • 2 puffs BID 	<ul style="list-style-type: none"> • 6mcg/100mcg - 2 inh BID • 6mcg/200mcg - 2 inh BID 														
Salmétérol/Fluticasone Advair Diskus 50mcg/250mcg 50mcg/500mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 1 inh BID • 1 inh BID 	<ul style="list-style-type: none"> • 6mcg/100mcg - 2 inh BID • 6mcg/200mcg - 2 inh BID 														
Formotérol/Mométasone Zenhale 5mcg/100mcg 5mcg/200mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 2 inh BID • 2 inh BID 	<ul style="list-style-type: none"> • 6mcg/100mcg - 2 inh BID • 6mcg/200mcg - 2 inh BID 														
Furoate de fluticasone/vilantérol Breo Ellipta 100 mcg/ 25 mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 1 inh DIE 	<ul style="list-style-type: none"> • 6mcg/200mcg - 2 inh BID 														
<p>Correction du facteur</p>	<p>On corrigera les ordonnances qui présentent une erreur de facteur de 1 000 en utilisant la bonne concentration (p. ex. pour une ordonnance de misoprostol, 200 mg, on délivrera du misoprostol, 200 µg).</p>															
<p>Corticostéroïdes (inhalation)</p>	<p>Remplacement automatique de corticostéroïdes pour inhalation en utilisant la règle de conversion posologique suivante :</p> <table border="1" data-bbox="544 1180 1448 1730"> <thead> <tr> <th data-bbox="544 1180 857 1264">Produit</th> <th data-bbox="857 1180 1161 1264">Dose Bas=B M=moyenne et E=élevée</th> <th data-bbox="1161 1180 1448 1264">Substitution Mométasone - Asmanex</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="544 1264 857 1379">Beclométhasone – Qvar 100mcg</td> <td data-bbox="857 1264 1161 1379"> <ul style="list-style-type: none"> • 100-200mcg/jour (B) • 200-400mcg/jour (M) • >400cmg/jour (E) </td> <td data-bbox="1161 1264 1448 1379"> <ul style="list-style-type: none"> • 200mcg le soir (B) • 400mcg le soir ou 200mcg BID (M) • 400mcg BID*(E) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 1379 857 1495">Ciclésone - Alvesco 200mcg and 400 mcg</td> <td data-bbox="857 1379 1161 1495"> <ul style="list-style-type: none"> • 200-400mcg daily (B) • 400-600mcg/jour (M) • .>600mcg/jour (E) </td> <td data-bbox="1161 1379 1448 1495"> <ul style="list-style-type: none"> • 200mcg le soir (B) • 400mcg le soir ou 200mcg BID (M) • 400mcg BID* (E) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 1495 857 1610">Budésonide - Pulmicort 200mcg and 400mcg</td> <td data-bbox="857 1495 1161 1610"> <ul style="list-style-type: none"> • 200-600mcg/jour (B) • 600-1200mcg/jour (M) • >1200mcg/jour (E) </td> <td data-bbox="1161 1495 1448 1610"> <ul style="list-style-type: none"> • 200mcg le soir (B) • 400mcg le soir ou 200mcg BID (M) • 400mcg BID* (E) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 1610 857 1730">Fluticasone - Flovent 125mcg, 250mcg and 500mcg</td> <td data-bbox="857 1610 1161 1730"> <ul style="list-style-type: none"> • 125-250mcg/jour (B) • 500-1000mcg/jour (M-E) • >1000mcg/jour (E)* </td> <td data-bbox="1161 1610 1448 1730"> <ul style="list-style-type: none"> • 200mcg le soir (B) • 400mcg le soir (ou 200mcg BID (M) • 400mg BID* (E) </td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="544 1759 1448 1877">*400mcg BID pour l'Asmanex (et 1000mcg BID pour le Flovent) devrait seulement être utilisé quand le patient reçoit un stéroïde orale. Une fois que la réduction de la dose du stéroïde est complétée, le patient devrait réduire la dose de l'Asmanex au plus bas possible.</p>	Produit	Dose Bas=B M=moyenne et E=élevée	Substitution Mométasone - Asmanex	Beclométhasone – Qvar 100mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 100-200mcg/jour (B) • 200-400mcg/jour (M) • >400cmg/jour (E) 	<ul style="list-style-type: none"> • 200mcg le soir (B) • 400mcg le soir ou 200mcg BID (M) • 400mcg BID*(E) 	Ciclésone - Alvesco 200mcg and 400 mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 200-400mcg daily (B) • 400-600mcg/jour (M) • .>600mcg/jour (E) 	<ul style="list-style-type: none"> • 200mcg le soir (B) • 400mcg le soir ou 200mcg BID (M) • 400mcg BID* (E) 	Budésonide - Pulmicort 200mcg and 400mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 200-600mcg/jour (B) • 600-1200mcg/jour (M) • >1200mcg/jour (E) 	<ul style="list-style-type: none"> • 200mcg le soir (B) • 400mcg le soir ou 200mcg BID (M) • 400mcg BID* (E) 	Fluticasone - Flovent 125mcg, 250mcg and 500mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 125-250mcg/jour (B) • 500-1000mcg/jour (M-E) • >1000mcg/jour (E)* 	<ul style="list-style-type: none"> • 200mcg le soir (B) • 400mcg le soir (ou 200mcg BID (M) • 400mg BID* (E)
Produit	Dose Bas=B M=moyenne et E=élevée	Substitution Mométasone - Asmanex														
Beclométhasone – Qvar 100mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 100-200mcg/jour (B) • 200-400mcg/jour (M) • >400cmg/jour (E) 	<ul style="list-style-type: none"> • 200mcg le soir (B) • 400mcg le soir ou 200mcg BID (M) • 400mcg BID*(E) 														
Ciclésone - Alvesco 200mcg and 400 mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 200-400mcg daily (B) • 400-600mcg/jour (M) • .>600mcg/jour (E) 	<ul style="list-style-type: none"> • 200mcg le soir (B) • 400mcg le soir ou 200mcg BID (M) • 400mcg BID* (E) 														
Budésonide - Pulmicort 200mcg and 400mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 200-600mcg/jour (B) • 600-1200mcg/jour (M) • >1200mcg/jour (E) 	<ul style="list-style-type: none"> • 200mcg le soir (B) • 400mcg le soir ou 200mcg BID (M) • 400mcg BID* (E) 														
Fluticasone - Flovent 125mcg, 250mcg and 500mcg	<ul style="list-style-type: none"> • 125-250mcg/jour (B) • 500-1000mcg/jour (M-E) • >1000mcg/jour (E)* 	<ul style="list-style-type: none"> • 200mcg le soir (B) • 400mcg le soir (ou 200mcg BID (M) • 400mg BID* (E) 														

ORDONNANCE	MÉDICAMENT ÉQUIVALENT INSCRIT SUR LE FORMULAIRE										
Corticostéroïdes (par voie nasale)	<p>Tous les corticostéroïdes pour inhalation non inscrits sur le formulaire seront remplacés par une dose équivalente de béclométhasone générique aqueux en respectant la posologie recommandée par le fabricant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Béclométhasone aqueux, 50 µg, deux vaporisations bid = • Budésonide aqueux, 64 µg, une vaporisation bid, ou deux vaps. qd = • Ciclésonide (Omnaris), 50 µg, deux vaporisations une fois par jour = • Flunisolide, 25 µg, deux vaporisations bid = • Fluticasone (propionate de), 50 µg, deux vaporisations une fois par jour = • Fluticasone (furoate de) (Avamys), 27,5 µg, deux vaporisations une fois par jour = • Mométasone (Nasonex), 50 µg, deux vaporisations qd (Rhinite allergique) ou 50 µg, deux vaporisations bid (Polypes nasaux/ rhinosinusite aiguë) = • Triamcinolone (Nasacort AQ), 55 µg, deux vaporisations une fois par jour 										
Corticostéroïdes (topiques)	<p>Les agents inscrits sur le formulaire pour chaque concentration remplaceront automatiquement les agents prescrits de la même catégorie. Les formes posologiques seront les mêmes (p. ex. on ne remplacera pas une lotion par une crème). La liste complète des corticostéroïdes topiques interchangeable à un seul ingrédient figure à la fin de la politique sur les médicaments interchangeables.</p> <table border="1" data-bbox="544 844 1221 1264"> <thead> <tr> <th data-bbox="544 844 863 871">ORDONNANCE</th> <th data-bbox="863 844 1221 871">MÉDICAMENT DÉLIVRÉ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="544 871 863 982">TENEUR FAIBLE</td> <td data-bbox="863 871 1221 982">Hydrocortisone, crème, lotion, onguent à 0,5 % et 1 % 1 % si aucune concentration n'est précisée</td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 982 863 1039">TENEUR MODÉRÉE</td> <td data-bbox="863 982 1221 1039">Désonide, crème, lotion, onguent à 0,05 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 1039 863 1180">TENEUR FORTE</td> <td data-bbox="863 1039 1221 1180">Valérate de bétaméthasone, crème, lotion et onguent à 0,05 % et 0,1 % 0,1 % si aucune concentration n'est précisée.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 1180 863 1264">TENEUR TRÈS FORTE</td> <td data-bbox="863 1180 1221 1264">Bétaméthasone (diproprionate de) crème, lotion, onguent à 0,05 %</td> </tr> </tbody> </table>	ORDONNANCE	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ	TENEUR FAIBLE	Hydrocortisone, crème, lotion, onguent à 0,5 % et 1 % 1 % si aucune concentration n'est précisée	TENEUR MODÉRÉE	Désonide, crème, lotion, onguent à 0,05 %	TENEUR FORTE	Valérate de bétaméthasone, crème, lotion et onguent à 0,05 % et 0,1 % 0,1 % si aucune concentration n'est précisée.	TENEUR TRÈS FORTE	Bétaméthasone (diproprionate de) crème, lotion, onguent à 0,05 %
ORDONNANCE	MÉDICAMENT DÉLIVRÉ										
TENEUR FAIBLE	Hydrocortisone, crème, lotion, onguent à 0,5 % et 1 % 1 % si aucune concentration n'est précisée										
TENEUR MODÉRÉE	Désonide, crème, lotion, onguent à 0,05 %										
TENEUR FORTE	Valérate de bétaméthasone, crème, lotion et onguent à 0,05 % et 0,1 % 0,1 % si aucune concentration n'est précisée.										
TENEUR TRÈS FORTE	Bétaméthasone (diproprionate de) crème, lotion, onguent à 0,05 %										
Desloratadine, 5 mg	<p>Les antihistaminiques oraux de 2^e et de 3^e génération seront remplacés par l'équivalent thérapeutique le moins cher.</p> <p>Desloratadine 5mg = Loratadine 10 mg = Cétirizine 10 mg = Fexofénadine 60 mg</p>										
Désoximétasone, crème à 0,05 % (Topicort)	Remplacement automatique par le valérate de bétaméthasone, crème à 0,05 %, au même intervalle.										
Désoximétasone, crème à 0,25 % (Topicort)	Remplacement automatique par le valérate de bétaméthasone, crème à 0,1 %, au même intervalle.										
Détémir, insuline (Lévimir)	Remplacement automatique par insuline glargine (Lantus).										
Diflucortolone (valérate de), 0,1 % (Nerisone/Nerisone, crème huileuse)	Remplacement automatique par le valérate de bétaméthasone, crème ou onguent à 0,1 %, au même intervalle.										

ORDONNANCE	MÉDICAMENT ÉQUIVALENT INSCRIT SUR LE FORMULAIRE
Diltiazem SR (à libération prolongée), bid	Le diltiazem CD (à libération contrôlée), même dose quotidienne totale une fois par jour.
Diltiazem, une fois par jour	Le diltiazem CD (à libération contrôlée) est le médicament à privilégier pour toutes les demandes de formulation de diltiazem à administration quotidienne (ER, XC, etc.). Toutes les formulations à administration quotidienne seront remplacées par le diltiazem CD.
Dipeptidyl-peptidase-4 (inhibiteurs) – Saxagliptine (Onglyza), Sitagliptine (Januvia), Alogliptine (Nesina)	Substitution automatique avec Linagliptine (Trajenta).
Docusate calcique, 240 mg	Docusate sodique, 100 mg
Dovobet, onguent (50 µg/g de calcipotriol et 0,5 mg/g de bétaméthasone [dipropionate de])	À délivrer sous forme de deux produits distincts. Remarque : Il faut respecter les critères relatifs à l'utilisation du calcipotriol. Le patient doit avoir subi un échec thérapeutique avec des corticostéroïdes (en monothérapie).
Doxazosine (Cardura) 1 à 3 mg par jour 4 à 7 mg par jour 8 mg par jour	Térazosine (Hytrin) 2 mg, hs 5 mg, hs 10 mg, hs
Élétriptan (Relpax)	L'Élétriptan (Relpax) sera automatiquement remplacé par le sumatriptan, en respectant l'équivalence posologique suivante : élétriptan (Relpax), 20 à 40 mg = sumatriptan, 100 mg L'élétriptan (Relpax) n'est pas remboursé par le SCC.
Énalapril, (Vasotec) 10 mg par jour	Ramipril, 5 mg par jour
Éprosartan (Teveten), 600 mg par jour	Valsartan, 80 mg par jour.
Ésoméprazole (Nexium)	Remplacement automatique par un IPP moins coûteux. Nexium 40 mg = Oméprazole, 20 mg par jour (générique) Pantoprazole sodique, 40 mg par jour Rabéprazole, 20 mg par jour (générique) Lansoprazole, 30 mg par jour (générique)
Famotidine (Pepcid)	Remplacement automatique par la ranitidine selon la modalité suivante : 20 mg de Famotidine = 150 mg de Ranitidine
Fénofibrate (nanocristaux) Lipidil EZ, 48 mg Lipidil EZ 145 mg Fénofibrate (microenrobé), 200 mg Lipidil Supra, 100 mg Lipidil Supra, 160 mg	Remplacement automatique par la formulation micronisée. Fénofibrate micronisé, 67 mg Fénofibrate micronisé, 200 mg Fénofibrate micronisé, 100 mg Fénofibrate micronisé, 200 mg

ORDONNANCE	MÉDICAMENT ÉQUIVALENT INSCRIT SUR LE FORMULAIRE
Fénotérol HBr (Berotec, 100 µg, aérosol pour inhalation)	Salbutamol, 200 µg/dose
Fer (fumarate de) 300 mg (= 100 mg de fer élémentaire)	Fer (gluconate de), 300 mg – trois comprimés (trois comprimés = 105 mg de fer élémentaire)
Fexofénadine, 60 mg	Les antihistaminiques oraux de 2 ^e et de 3 ^e génération seront remplacés par l'équivalent thérapeutique le moins cher. Fexofénadine 60 mg = Cétirizine 10 mg = Loratadine 10 mg = Desloratadine 5 mg
Flunisolide (générique) 25 µg, deux vaporisations bid	Béclométhasone aqueux, 50 µg, deux vaporisations bid
Fluocinolone (acétonide de) Synalar, onguent à 0,025 % Derma-Smooth, lotion pour le cuir chevelu à 0,01 % Capex, shampoing à 0,01 %	Remplacement automatique par le valérate de bétaméthasone à 0,05 %.
Fluocinonide 0,05 % (Lydex, Lyderm)	Remplacement automatique par le valérate de béclo-méthasone à 0,1 %
Fluticasone (furoate de) (Avamys), 27,5 µg, 2 vaporisations une fois par jour	Béclométhasone aqueux, 50 µg, deux vaporisations bid
Fluticasone (propionate de) (générique) 50 µg, 2 vaporisations une fois par jour	Béclométhasone aqueux, 50 µg, deux vaporisations bid
Fluvastatine (Lescol)	Toutes les statines seront remplacées par une dose équivalente de l'équivalent thérapeutique le moins cher. Atorvastatine 20mg = Lovastatine 80mg = Fluvastatine 80mg = Pravastatine 80mg = Simvastatine 40mg = Rosuvastatine 5mg
Fumarate de formotérol (Foradil 12 µg)	Remplacement automatique par le Maléate d'indacatérol (Onbrez 75µG) 1 inhalation de fumarate de formotérol (12µG) = 1 inhalation d'Onbrez (75µG)
Formulation à libération prolongée (ER)	Si cela s'avère plus économique et que l'efficacité thérapeutique demeure la même, on donnera des produits à libération immédiate (même dose quotidienne totale) en doses fractionnées.
Formulation à libération prolongée (XL)	Si cela s'avère plus économique et que l'efficacité thérapeutique demeure la même, on donnera des produits à libération immédiate (même dose quotidienne totale) en doses fractionnées.
Fosinopril, 20 mg par jour	Fosinopril 20 mg par jour = ramipril 5 mg par jour
Framycétine, gouttes ophtalmiques	Remplacement automatique par la tobramycine.

ORDONNANCE	MÉDICAMENT ÉQUIVALENT INSCRIT SUR LE FORMULAIRE
Fucidin HC (2 % d'acide fusidique (hémihydrate) et 1 % d'acétate d'hydrocortisone)	Délivrer sous forme de produits distincts (Bactroban crème + Hydrocortisone en crème à 1 %).
Fucidin, crème/onguent	Bactroban, crème/pommade (même fréquence).
Garasone, solution ophtalmique/pommade ophtalmique	Remplacement automatique par la même dose de Tobradex, suspension ophtalmique/pommade ophtalmique.
Gentamicine, gouttes/pommade ophtalmiques/otiques	La gentamicine, gouttes otiques, 0,3 %, sera remplacée par la même dose de tobramycine sous forme de gouttes ou de pommade. Remarque : Les gouttes otiques à 0,3 % seront remplacées par la même dose de tobramycine, gouttes ophtalmiques, à administrer dans l'oreille.
Halcinonide, crème/onguent à 0,1 % (Halog)	Remplacement automatique par le dipropionate de bétaméthasone, crème/onguent à 0,05 %, au même intervalle.
Hp-PAC (Lansoprazole, 30 mg, capsule/amoxicilline, 500 mg/clarithromycine, 500 mg)	Délivrer sous forme d'ingrédients distincts.
Hydrocortisone (valérate de) 0,2 % (Westcort)	Remplacement automatique par le désônide à 0,05 %, au même intervalle.
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA)	On utilisera le tableau d'équivalence posologique suivant pour remplacer un inhibiteur ECA non inscrit sur le formulaire par le ramipril. <ul style="list-style-type: none"> • Bénazépril (Lotensin), 20 mg par jour = Ramipril, 5 mg par jour • Cilazapril (Inhibace), 5 mg par jour = Ramipril, 5 mg par jour • Enalapril (Vasotec), 10 mg par jour = Ramipril, 5 mg par jour • Fosinopril (Monopril), 20 mg par jour = Ramipril, 5 mg par jour • Lisinopril (Zestril), 20 mg par jour = Ramipril, 5 mg par jour • Périndopril (Coversyl), 4 mg par jour = Ramipril, 5 mg par jour • Quinapril (Accupril), 20 mg par jour = Ramipril, 5 mg par jour • Trandolapril (Mavik), 2 mg par jour = Ramipril, 5 mg par jour
Inhibiteurs de pompe à protons (IPP)	Tous les IPP seront remplacés par une dose équivalente de l'équivalent thérapeutique le moins cher. Équivalence posologique Esomeprazole 40 mg = Oméprazole 20 mg = Rabéprazole 20 mg = Lansoprazole 30 mg = Pantoprazole sodique 40 mg
Inhibiteurs topiques de l'anhydrase carbonique à usage ophtalmique	Les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique à usage ophtalmique suivants seront remplacés par la Dorzolamide (Trusopt) à 2 % (médicament de choix) Brinzolamide (Azopt), 1 % bid = Dorzolamide (Trusopt), 2 % tid
Irbesartan, (Avapro) 150 mg par jour	Valsartan, 80 mg par jour.

ORDONNANCE	MÉDICAMENT ÉQUIVALENT INSCRIT SUR LE FORMULAIRE
Kétoconazole . crème topique . suppositoires vaginaux	clotrimazole, crème à 1 % (même fréquence). clotrimazole, suppositoires vaginaux (même fréquence).
Kétoprofène (Orudis)	Le kétoprofène doit être remplacé par une dose comparable de diclofénac (on utilisera la même voie d'administration).
Latanoprost (Xalatan)	Remplacement automatique par le travoprost (Travatan).
Lévobunolol (Betagan)	Délivrer comme le timolol. Même concentration, même fréquence. Lévobunolol, 0,25 % = timolol, solution à 0,25 % Lévobunolol, solution à 0,5 % = timolol, solution à 0,5 %
Lisinopril, (Zestril) 20 mg par jour	Ramipril, 5 mg par jour
Loratadine, 10 mg par jour	Les antihistaminiques oraux de 2 ^e et de 3 ^e génération seront remplacés par l'équivalent thérapeutique le moins cher. Loratadine 10 mg = Cétirizine 10 mg = Fexofénadine 60 mg = Desloratadine 5 mg
Losartan, (Cozaar) 50 mg par jour	Valsartan, 80 mg par jour.
Lotriderm, crème (clotrimazole, USP, 10 mg/ bétaméthasone [dipropionate de] 0,64 mg)	Délivrer les constituants séparément, dipropionate de bétaméthasone + clotrimazole, 1 %, à parts égales.
Lovastatine (Mevacor)	Toutes les statines seront remplacées par une dose équivalente de l'équivalent thérapeutique le moins cher. Atorvastatine 20mg = Lovastatine 80mg = Fluvastatine 80mg = Pravastatine 80mg = Simvastatine 40mg = Rosuvastatine 5mg
Miconazole . crème topique . suppositoires vaginaux	Clotrimazole, crème à 1 % (même fréquence). Clotrimazole, suppositoires vaginaux (même fréquence).
Mométasone (furoate de) à 0,1 % crème/lotion/pommade (Elocom)	Remplacement automatique par le valérate de bétaméthasone à 0,1 % au même intervalle.
Mométasone (Nasonex), 50 µg, deux vaps, qd (Rhinite allergique) ou 50 µg, deux vaps, bid (Polypes nasaux/ rhinosinusite aiguë)	Béclométhasone aqueux, 50 µg, deux vaporisations bid

ORDONNANCE	MÉDICAMENT ÉQUIVALENT INSCRIT SUR LE FORMULAIRE
Morphine (sulfate de) SR (à libération prolongée), bid	Morphine, à action prolongée (Kadian), une fois par jour.
Naproxène sodique (Anaprox) Naproxène sodique, 275 mg Naproxène sodique, 550 mg	Le naproxène sodique (Anaprox) sera automatiquement remplacé par une dose équivalente de naproxène (Naprosyn). Naproxène, 250 mg Naproxène, 500 mg
Naratriptan (Amerge)	Le naratriptan (Amerge) sera automatiquement remplacé par le sumatriptan en respectant les équivalences posologiques suivantes : Naratriptan (Amerge) 1 mg = Sumatriptan, 50 mg Naratriptan (Amerge) 2,5 mg = Sumatriptan, 100 mg
Neosporin, onguent	Polysporin, onguent
Nifédipine PA (à action prolongée)	La nifédipine, action prolongée (Adalat PA) sera remplacée par une dose équivalente de nifédipine XL (Adalat XL ou l'équivalent). 10 ou 20 mg bid = XL 30 mg od 30 ou 40 mg bid = XL 60 mg od
Nizatidine (Axid)	Remplacement automatique par la ranitidine selon l'équivalence suivante : Nizatidine, 150 mg = Ranitidine, 150 mg
Nystatine (toute concentration/tout schéma) - crème topique - crème vaginale - comprimés vaginaux	Clotrimazole, crème topique Clotrimazole, crème vaginale Clotrimazole, 200 mg, comprimés vaginaux La décision de privilégier le miconazole peut être fondée sur la préférence de la région.
Olopatadine, gouttes (Patanol)	Comoglycate sodique (Opticrom)
Onguents et suppositoires rectaux	Classés en deux groupes : avec hydrocortisone et sans hydrocortisone <u>Les produits avec hydrocortisone</u> seront remplacés par (Anuzinc) Anusol-HC ou l'équivalent. <u>Les produits sans hydrocortisone</u> seront remplacés par (Anuzinc) Anusol ordinaire ou l'équivalent.
Oxeze Turbuhaler	Remplacement automatique par le Maléate d'indacatérol (Onbrez 75µG) 1 inhalation d'Oxeze Turbuhaler (12µG) = 1 inhalation d'Onbrez (75µG)
Pantoprazole magnésien (Tecta)	Tecta sera remplacé par un IPP moins coûteux. Oméprazole, 20 mg par jour (générique) Rabéprazole, 20 mg par jour (générique) Lansoprazole, 30 mg par jour (générique) Actuellement, Tecta n'est pas remboursé par le SCC.
Paroxétine CR (à libération contrôlée), (12,5 mg, 25 mg)	Remplacement automatique par la formulation à libération immédiate. Paxil CR, 12,5 mg = paroxétine, libération immédiate, 10 mg Paxil CR, 25 mg = paroxétine, libération immédiate, 20 mg

ORDONNANCE	MÉDICAMENT ÉQUIVALENT INSCRIT SUR LE FORMULAIRE
Perindopril, 4 mg par jour	Ramipril, 5 mg par jour
Pravastatine (Pravachol)	<p>Toutes les statines seront remplacées par une dose équivalente de l'équivalent thérapeutique le moins cher.</p> <p>Atorvastatine 20mg = Lovastatine 80mg = Fluvastatine 80mg = Pravastatine 80mg = Simvastatine 40mg = Rosuvastatine 5mg</p>
Préparations topiques dont il n'est pas précisé s'il s'agit d'une crème ou d'un onguent	<p>On délivrera une crème.</p> <p>Exception : Polysporin – en l'absence de précision, l'onguent est délivré.</p>
Produits d'association	<p>Pour les produits d'association composés d'ingrédients distincts actuellement inscrits sur le formulaire, on délivrera séparément les constituants, si cela s'avère plus économique (p. ex. Altace HCT).</p> <p>Pour les produits d'association contenant deux constituants, dont un ou les deux sont interchangeables, on utilisera le ou les médicaments de choix du formulaire pour obtenir les ingrédients (p. ex. Avalide remplacé par le valsartan et l'hydrochlorothiazide).</p>
Quinapril, 20 mg par jour	Ramipril, 5 mg par jour
Risédronate (Actonel)	<p>L'alendronate est le bisphosphate oral de choix du formulaire. Le risédronate oral (Actonel) sera automatiquement remplacé par l'alendronate en respectant l'équivalence suivante :</p> <p>Risédronate, 5 mg = Alendronate, 10 mg Risédronate, 30 mg = Alendronate, 40 mg Risédronate, 35 mg (une fois par semaine) = Alendronate 70 mg (une fois par semaine)</p> <p>Remarque : Il faut respecter les critères d'admissibilité pour l'Alendronate.</p>
Rizatriptan (Maxalt)	<p>Le rizatriptan (Maxalt) sera automatiquement remplacé par le sumatriptan en respectant l'équivalence posologique suivante :</p> <p>Rizatriptan (Maxalt), 10 mg = Sumatriptan, 100 mg</p>
Rosiglitazone (Avandia) 2 mg 4 mg 8 mg	<p>Remplacement automatique par le chlorhydrate de pioglitazone (Actos).</p> <p>15 mg 30 mg 45 mg</p> <p>Remarque : Il faut respecter les critères d'admissibilité.</p>
Rosuvastatine (Crestor)	<p>Toutes les statines seront remplacées par une dose équivalente de l'équivalent thérapeutique le moins cher.</p> <p>Atorvastatine 20mg = Lovastatine 80mg = Fluvastatine 80mg = Pravastatine 80mg = Simvastatine 40mg = Rosuvastatine 5mg</p>
<p>Salbutamol (Ventolin) aérosol-doseur</p> <p>*Pour détenus de l'Unité Spéciale de Détention (l'USD) SEULEMENT</p>	<p>Salbutamol (Ventolin) Diskus</p> <p>Remarque : L'USD est une unité à supervision accrue, localisée au Centre Régional de Réception à Ste-Anne-des-Plaines, Québec, pour les détenus qui posent un risque continu envers les membres du personnel, envers les autres détenus ou envers le public, et que le risque ne peut être géré en sécurité ou efficacement dans une unité à sécurité maximum.</p>

ORDONNANCE	MÉDICAMENT ÉQUIVALENT INSCRIT SUR LE FORMULAIRE
Salbutamol, nébules, aucune concentration spécifiée	Salbutamol, 1 mg/ml (2,5 mg/dose unitaire [Nebule])
Senokot S	Chaque comprimé de Senokot S sera remplacé par une capsule de docusate sodique, 100 mg, plus un comprimé de sennosides, 8,6 mg. Remarque : (Le remplacement est fondé sur la teneur en sennosides. La teneur en docusate sodique ne sera pas toujours équivalente).
Seroquel XR (à libération prolongée), od	Remplacement automatique par des comprimés de quétiapine à libération immédiate. Même dose quotidienne totale.
Simvastatine (Zocor)	Toutes les statines seront remplacées par une dose équivalente de l'équivalent thérapeutique le moins cher. Atorvastatine 20mg = Lovastatine 80mg = Fluvastatine 80mg = Pravastatine 80mg = Simvastatine 40mg = Rosuvastatine 5mg
Statines	Toutes les statines seront remplacées par une dose équivalente de l'équivalent thérapeutique le moins cher. Atorvastatine 20mg = Lovastatine 80mg = Fluvastatine 80mg = Pravastatine 80mg = Simvastatine 40mg = Rosuvastatine 5mg
Suppléments de fer – aucun sel mentionné	Fer (gluconate de)
Tamsulosine, libération contrôlée (CR)	Remplacer par la tamsulosine en capsule à libération immédiate, à dose quotidienne équivalente.
Tecta (pantoprazole magnésien)	Tecta sera automatiquement remplacé par un IPP moins coûteux. La préférence de la région s'applique. Tecta 40 mg = Oméprazole, 20 mg par jour (générique) Pantoprazole sodique, 40 mg par jour (générique) Rabéprazole, 20 mg par jour (générique) Lansoprazole, 30 mg par jour (générique)
Telmisartan, 40 mg par jour	Valsartan, 80 mg par jour.
Terbutaline, 500 µg, Turbuhaler (Bricanyl)	Salbutamol, 200 µg/dose
Terconazole . 3 ou 7 jours, crème vaginale . 3 jours, ovules vaginaux . 3 jours, Dual Pak	Clotrimazole, 6 jours, crème vaginale. Clotrimazole, 3 jours, 200 mg, comprimés vaginaux. Clotrimazole, 3 jours, 200 mg, comprimés vaginaux + crème. La décision de privilégier le miconazole peut être fondée sur la préférence de la région.
Timolol à usage ophtalmique (Timoptic)	Le timolol est le bêta-bloquant à usage ophtalmique de choix du formulaire.
Tiotropium (Spiriva)	Remplacement automatique par le Bromure de glycopyrronium (Seebri)
Trandolapril, 2 mg par jour	Ramipril, 5 mg par jour

ORDONNANCE	MÉDICAMENT ÉQUIVALENT INSCRIT SUR LE FORMULAIRE
Triamcinolone (acétonide de) (Aristocort R, Aristocort C)	Remplacement automatique par le désonide à 0,05 %.
Triamcinolone (Nasacort Aq), 55 µg, 2 vaporisations une fois par jour	Béclométhasone, suspension aqueuse, 50 µg, deux vaporisations bid.
Triptans	<p>On utilisera l'équivalence posologique ci-dessous pour remplacer un triptan (oral) non inscrit sur le formulaire par le sumatriptan, sans dépasser 200 mg en 24 h.</p> <p>Almotriptan (Axert), 12,5 mg = Sumatriptan, 100 mg Élétriptan (Relpax), 20 à 40 mg = Sumatriptan, 100 mg Naratriptan (Amerge), 2,5 mg = Sumatriptan, 100 mg Rizatriptan (Maxalt), 10 mg = Sumatriptan, 100 mg Zolmitriptan (Zomig), 5 mg = Sumatriptan, 100 mg</p> <p>Tous les autres triptans non inscrits sur le formulaire seront envisagés uniquement en cas d'échec thérapeutique avec le sumatriptan ou d'intolérance à celui-ci.</p> <p>Remarque : L'Élétriptan (Relpax) n'est pas remboursé par le SCC.</p>
Uméclidinium + vilantérol (AnoroEllipta)	Le produit sera automatiquement remplacé par Ultibro Breezhaler (indacaterol + glycopyrronium)
Vérapamil une fois par jour	Vérapamil à libération prolongée (SR), même dose, une fois par jour.
Vioform HC, crème (iodochlorhydroxyquine/hydrocortisone (acétate de), 3 %/1 %)	Le produit sera automatiquement remplacé par Locacorten Vioform, crème (clioquinol/pivalate de fluméthasone, 3 %/0,02 %).
Voie d'administration	Sauf indication contraire, on considérera qu'il s'agit de la voie orale.
Xamiol, shampooing (50 µg/g de calcipotriol [monohydraté] et 0,5 mg/g de bétaméthasone [dipropionate de])	<p>Xamiol, shampooing, sera automatiquement remplacé par deux produits distincts (lotion pour le cuir chevelu à base de dipropionate de béclométhasone et lotion pour le cuir chevelu à base de dovonex).</p> <p>Remarque : Il faut respecter les critères pour le calcipotriol. Le patient doit avoir subi un échec thérapeutique avec des corticostéroïdes (en monothérapie).</p>
Zafirlukast (Accolate, 20 mg)	<p>Montélukast, 10 mg, hs</p> <p>Le patient doit respecter les critères relatifs aux médicaments non inscrits sur le formulaire (traitement actuel par des stéroïdes et observance du traitement).</p>
Zolmitriptan (Zomig)	<p>Le zolmitriptan (Zomig) sera automatiquement remplacé par le sumatriptan en respectant l'équivalence posologique suivante :</p> <p>Zolmitriptan (Zomig), 5 mg = Sumatriptan, 100 mg</p>

B-1. Corticostéroïde – Liste d'ingrédients uniques interchangeables

Ingrédient unique	Commercialisé au Canada	Privilégié
Teneur faible Hydrocortisone/ Hydrocortisone (acétate de)	crème, lotion, onguent à 0,5 %, crème, lotion, onguent à 1 % crème à 2 % crème, liquide, lotion à 2,5 %	Hydrocortisone, crème, lotion, onguent à 0,5 % et 1 % 1 % si aucune concentration n'est précisée
Teneur modérée Clobétasone (17-butyrate de) Désonide Fluméthasone (pivalate de) Fluticasone (propionate de) Hydrocortisone (valérate de) prednicarbate Triamcinolone (acétonide de)	Crème à 0,05 % crème, lotion, onguent à 0,05 % crème à 0,05 % crème, onguent à 0,2 % crème, onguent à 0,1 % crème à 0,025 % crème, onguent, pâte à 0,1 % crème à 0,5 %	Désonide, crème, lotion, onguent à 0,05 %
Teneur forte Amcinonide Bétaméthasone (valérate de) Désoximétasone Diflucortolone (valérate de) Fluocinolone (acétonide de) Fluocinonide Mométasone (furoate de)	crème, lotion, onguent à 0,1 % crème, lotion, onguent à 0,05 % crème, lotion, onguent à 0,1 % crème, gel à 0,05 % crème, onguent à 0,25 % crème, onguent à 0,1 % crème, shampoing, solution à 0,01 % crème, onguent à 0,025 % crème, gel, onguent à 0,05 % crème, lotion, onguent à 0,1 %	Valérate de Bétaméthasone, crème, lotion, onguent à 0,1 % et à 0,05 % 0,1 % si aucune concentration n'est précisée Le shampoing sera remplacé par la lotion pour le cuir chevelu, s'il y a lieu
Teneur très forte Bétaméthasone (dipropionate de) Clobétasol (17-propionate de) Halcinonide	crème, lotion, onguent à 0,05 % crème, lotion, onguent, shampoing, solution à 0,05 %, crème, onguent à 0,1 %	Bétaméthasone (dipropionate de) (Diprosone)/crème, lotion, onguent à 0,05 % Le shampoing sera remplacé par la lotion pour le cuir chevelu, s'il y a lieu

ANNEXE C. MÉDICAMENTS INSCRITS SOUS RÉSERVE DE CERTAINS CRITÈRES

Les médicaments énumérés ci-dessous doivent respecter des critères précis pour être approuvés.

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
Abatacept (Orencia)	101 (initiale)	6 mois	<p>Nota : L'échec ou l'intolérance à un agent biologique sous-cutané (tel qu'Humira) devrait être évalué avant de débiter un traitement biologique intra-veineux (tel qu'Actemra, Remicade, Orencia).</p> <p><u>Polyarthrite rhumatoïde</u></p> <p>Critères concernant la couverture initiale de 6 mois pour une dose MAXIMALE de 1 000 mg aux semaines 0, 2 et 4, puis à intervalles de 4 semaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doit être prescrit par un rhumatologue <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient doit être réfractaire ou intolérant aux: <ul style="list-style-type: none"> a) doses hebdomadaires de méthotrexate (MTX) (PO, SC ou IM), de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans), pour un minimum de 12 semaines (chez les patients qui ne démontre pas de réponse clinique ou qui ont une intolérance gastro-intestinale au MTX PO, il faut essayer d'administrer le médicament par voie parentérale avant de conclure à la présence d'une intolérance au méthotrexate) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> b) MTX en association avec moins deux agents antirhumatismaux de la maladie (ARMM) tel que la sulfasalazine (SSZ) et l'hydrochloroquine (HCQ), pour un minimum de 12 semaines <p>REMARQUE : Lorsqu'un le patient ne peut recevoir le MTX, la SSZ et l'HCQ à cause de contre-indication(s) ou d'intolérance(s), on doit fournir la nature de ceux-ci ainsi que tous les détails des essais avec d'autres ARMM ou un rationel clair pour lequel les autres ARMM ne peuvent être considérés.</p>
	102 (continue)	1 an	<p>Pour ce qui concerne les approbations annuelles après la période de couverture initiale, un rhumatologue doit confirmer que les symptômes du patient se sont améliorés de 20 %. Voici quelques exemples d'éléments pouvant être utilisés pour démontrer que l'état du patient s'est amélioré : nombre d'articulations enflées, score DAS28, scores HAQ, taux de protéine C-réactive, ACR20</p>

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
Adalimumab (Humira)	106 (initiale)	6 mois	<p><u>Arthrite psoriasique</u> Critères concernant la couverture initiale de 12 semaines pour une dose MAXIMALE de 40 mg à intervalles de 2 semaines :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Doit être prescrit par un rhumatologue, ET 2) Le patient doit avoir trois articulations actives et endolories, ET 3) Le patient doit être réfractaire aux traitements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a) essai d'au moins deux AINS pendant au moins 3 mois, à la dose maximale tolérée, ET b) doses hebdomadaires de méthotrexate (PO, SC ou IM), de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans), pendant plus de 12 semaines (chez les patients qui présentent une intolérance gastro-intestinale au méthotrexate PO, il faut essayer d'administrer le médicament par voie parentérale avant de conclure à la présence d'une intolérance au méthotrexate), ET c) un essai adéquat d'au moins deux autres ARMM, y compris : <ol style="list-style-type: none"> i) Léflunomide, 20 mg par jour pendant 10 semaines ii) Or, essai minimum de 5 mois iii) Cyclosporine, essai minimum de 3 mois iv) Azathioprine, essai minimum de 3 mois v) Sulfasalazine, essai minimum de 3 mois
	107 (continue)	1 an	<p>Pour ce qui concerne les approbations annuelles après la période de couverture initiale, un rhumatologue doit confirmer que les symptômes du patient se sont améliorés de 20 %. Voici quelques exemples d'éléments pouvant être utilisés pour démontrer que l'état du patient s'est amélioré : nombre d'articulations enflées, score DAS28 score, scores HAQ, taux de protéine C-réactive, ACR20.</p>
	108 (initiale)	12 sem.	<p><u>Spondylarthrite ankylosante</u> Critères concernant la couverture initiale de 12 semaines pour une dose MAXIMALE de 40 mg à intervalles de 2 semaines :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Doit être prescrit par un rhumatologue, ET 2) score BASDAI (<i>Bath AS Disease Activity Index</i>) > 4, ET 3) Le patient doit être réfractaire à au moins trois AINS à la dose maximale tolérée, pour une période d'essai de 3 mois, ET 4) pour ce qui concerne les symptômes

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
Adalimumab (Humira)			<p>périphériques, le patient doit être réfractaire aux traitements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) doses hebdomadaires de méthotrexate (PO, SC ou IM), de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans), pendant plus de 12 semaines (chez les patients qui présentent une intolérance gastro-intestinale au méthotrexate PO, il faut essayer d'administrer le médicament par voie parentérale avant de conclure à la présence d'une intolérance au méthotrexate), OU ii) sulfasalazine, essai minimum de 3 mois <p>REMARQUE : En cas d'atteinte axiale, il n'est pas nécessaire d'essayer le méthotrexate ou la sulfasalazine.</p>
	109 (continue)	1 an	<p>Pour ce qui concerne les approbations annuelles après la période de couverture initiale, un rhumatologue doit confirmer que les symptômes du patient se sont améliorés. Voici quelques exemples d'éléments pouvant être utilisés pour démontrer que l'état du patient s'est amélioré : amélioration de 50 % de la réponse ASAS 50 ou de l'indice BASDAI 50.</p>
	110 (initiale)	4 sem.	<p><u>Maladie de Crohn</u> Critères concernant la couverture initiale de 4 semaines, permettant l'administration d'une dose d'induction de 160 mg suivie de 80 mg (2 semaines) :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Doit être prescrit par un gastroentérologue, ET 2) Le patient doit être réfractaire aux traitements suivants, ou alors ceux-ci doivent être contre-indiqués : <ul style="list-style-type: none"> a) 5-AAS, essai minimum de 6 semaines, ET b) Corticostéroïdes, essai minimum de 2 semaines, ET c) traitement immunosuppresseur, essai minimum de 3 mois (p. ex. méthotrexate, azathioprine, 6-mercaptopurine)
	111(continue)	1 an	<p>Pour ce qui concerne les approbations annuelles après la période de couverture initiale, un gastroentérologue doit confirmer que les symptômes du patient se sont améliorés. Voici quelques exemples d'éléments pouvant être utilisés pour démontrer que l'état du patient s'est amélioré : diminution de 100 points de l'indice CDAI (<i>Crohn's Disease Activity Index</i>), diminution de trois points de l'indice modifié de Harvey Bradshaw.</p>
	112 (initiale)	16 sem.	<p><u>Psoriasis en plaques</u> Critères concernant la couverture initiale de</p>

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
Adalimumab (Humira)	113 (continue)	1 an	<p>16 semaines pour une dose MAXIMALE de 40 mg à intervalles de 2 semaines :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Doit être prescrit par un dermatologue, ET 2) Atteinte de plus de 10 % de la surface corporelle et/ou atteinte importante au niveau du visage, des mains, des pieds ou de la région génitale, ET 3) Le patient doit être réfractaire aux traitements suivants, ou alors ceux-ci doivent être contre-indiqués : <ol style="list-style-type: none"> a) doses hebdomadaires de méthotrexate (PO, SC ou IM), de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans), pendant plus de 12 semaines (chez les patients qui présentent une intolérance gastro-intestinale au méthotrexate PO, il faut essayer d'administrer le médicament par voie parentérale avant de conclure à la présence d'une intolérance au méthotrexate), ET b) cyclosporine, essai minimum de 6 semaines, ET a) photothérapie, si possible <p>Pour ce qui concerne les approbations annuelles après la période de couverture initiale, un dermatologue doit confirmer que les symptômes du patient se sont améliorés. Voici quelques exemples d'éléments pouvant être utilisés pour démontrer que l'état du patient s'est amélioré : diminution de 75 % du score PASI (<i>Psoriasis Area and Severity Index</i>), diminution de 50 % du score PASI et amélioration de cinq points du score DLQI (<i>Dermatology Life Quality Index</i>), réduction importante de la surface corporelle atteinte.</p>
Alfuzosine (chlorhydrate de) (Xatral), 10 mg	114	indéfinie	Pour le traitement de l'hypertrophie de la prostate chez les patients qui n'ont pas toléré d'autres bloquants alpha-adrénergiques inscrits au formulaire (térasozine et/ou tamsulosine) ou qui n'y ont pas répondu.
Aluminium (hydroxyde d') (Amphogel, Alugel)	115	1 an	Personnes prenant des inhibiteurs de la pompe à protons pour des brûlures d'estomac soudaines. Le médicament doit être prescrit par un médecin, car il n'est pas offert pour le traitement normal de brûlures d'estomac/d'indigestion.
Aluminium/magnésium (hydroxyde d'/de') (Almagel, liquides antiacides génériques)	115	1 an	Personnes prenant des inhibiteurs de la pompe à protons pour des brûlures d'estomac soudaines. Le médicament doit être prescrit par un médecin, car il n'est pas offert pour le traitement courant des brûlures d'estomac/de l'indigestion.
Apixaban (Eliquis)	232 (initiale)	6 mois	Pour le traitement de l'accident thromboembolique

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
	116 117 118	14 jours 35 jours indéfinie	<p>veineux (TEV) - thrombose veineuse profonde (TVP) ou l'embolie pulmonaire (EP) - et la prévention de la récurrence de la TVP ou de l'EP, durant six mois au maximum.</p> <p>Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique :</p> <ul style="list-style-type: none"> chez les patients qui ont subi une arthroplastie totale du genou chez les patients qui ont subi une arthroplastie non urgente de la hanche <p>Pour les patients chez lesquels la warfarine est indiquée mais qui ne parviennent pas à maintenir un rapport internationale normalisé RIN, OU qui ont des antécédents de réaction d'hypersensibilité grave à la warfarine</p> <p>c) chez le patient atteint de fibrillation auriculaire</p>
Aprépitant (Emend)	119	1 an	<ul style="list-style-type: none"> Pour la prévention des nausées et vomissements, immédiats ou tardifs, provoqués par une chimiothérapie anticancéreuse hautement émétogène (p. ex., cisplatine à une dose >70 mg/m²) chez des personnes qui ont vomi auparavant lors d'une cure de chimiothérapie hautement émétogène, malgré l'emploi d'un antagoniste du récepteur de 5-HT₃ associé à la dexaméthasone. Employé avec un antagoniste du récepteur de 5-HT₃ et la dexaméthasone,
Aripiprazole (Abilify)	121	indéfinie	<p>Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles psychotiques apparentés chez le patient n'ayant pas réussi un traitement avec des agents antipsychotiques moins coûteux en raison d'une contreindication, de l'intolérance ou de l'absence de réponse.</p>
Asenapine (Saphris)	122	1 an	<p>Pour le traitement de courte durée des épisodes maniaques ou mixtes associés au trouble bipolaire de type I, comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour la monothérapie quand le traitement par le lithium ou le divalproex sodique a échoué et quand les antipsychotiques atypiques moins coûteux ne sont pas tolérés ou ne produisent pas l'effet voulu en association au lithium ou au divalproex sodique quand les antipsychotiques atypiques moins coûteux ne sont pas tolérés ou ne produisent pas l'effet voulu.

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
Baclofène (Lioresal)	123 219 220 221	indéfinie	Spasmes musculaires documentés causés par : <ul style="list-style-type: none"> la sclérose en plaques; un traumatisme ou une lésion médullaire intrinsèque (absence d'hernie discale et de douleurs dans le bas du dos dues à des spasmes musculaires); un AVC; une infirmité motrice cérébrale.
Benzodiazépines à court terme (< 5 jours) Clonazépam/Lorazépam	Demande de médicaments sous réserve de certains critères et hors pharmacopéés doit être complétée	Maximum 4 jours	<ul style="list-style-type: none"> Veillez consulter la <i>Politique de réduction progressive des benzodiazépines</i> du SCC. Avant toute intervention médicale et dentaire. Durant un transfèrement interrégional. Agitation aiguë.
Benzodiazépines à long terme (> 5 jours) (Clonazepam/Lorazepam)	Demande de médicaments sous réserve de certains critères et hors pharmacopéés doit être complétée	6 mois	<ul style="list-style-type: none"> Maîtrise de l'agitation grave chez les patients psychiatriques. Dans le cadre d'un calendrier de réduction progressive. Désintoxication des toxicomanes. Appoint thérapeutique d'un traitement neuroleptique visant à stabiliser une psychose Syndromes psychotiques comportant des signes de catatonie. Acathisie ne répondant pas aux doses maximales de bêta-bloquants ou échec du passage à un autre antipsychotique.
Benzydamine (chlorhydrate de) (Tantum)	124	indéfinie	<ul style="list-style-type: none"> Traitement d'une inflammation de la muqueuse causée par une radiothérapie et des ulcérations oropharyngiennes causées par une chimiothérapie. Utilisation chez les patients immunodéprimés dont les muqueuses risquent de se détériorer.
Bocéprévir (Victrelis et Victrelis Triple)	125	un traitement	<p>Pour le traitement de l'infection chronique par le génotype 1 du virus de l'hépatite C, en association avec l'interféron alpha pégylé (pegIFN) et la ribavirine (RBV), chez les personnes atteintes d'une hépatopathie compensée, pourvu que tous les critères ci-dessous soient satisfaits :</p> <ul style="list-style-type: none"> présence de l'ARN du virus de l'hépatite C (VHC) dans le sang au cours des six derniers mois ; hépatopathie au stade F2, F3 ou F4 de la fibrose; <ul style="list-style-type: none"> une cure seulement (pouvant aller jusqu'à 44 semaines).

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
Brinzolamide/Brimonidine (Simbrinza)	233	Indéfinie	Pour la réduction de la pression intra-oculaire (PIO) chez les patients adultes présentant un glaucome à angle ouvert ou une hypertension oculaire, lorsque la réduction de la PIO sous monothérapie est insuffisante
Buprénorphine/Naloxone (Suboxone)	Demande de médicaments sous réserve de certains critères et hors pharmacopées doit être complétée	Indéfinie	<ul style="list-style-type: none"> Référez vous au Programme de traitement d'entretien à la méthadone/suboxone du SCC. Pour le traitement de la dépendance aux opioïdes chez les patients pour lesquels la méthadone est contre-indiquée (p. ex., patients présentant un risque élevé, un allongement de l'intervalle QT ou une hypersensibilité à la méthadone). Les effets indésirables couramment observés dans le cadre d'un traitement à la méthadone (p. ex., transpiration, constipation, insomnie) ne sont pas considérés comme étant de l'hypersensibilité. Les délinquants recevant la Suboxone au moment de leur admission pourront poursuivre leur traitement. En préparation pour un délinquant déjà stabilisé par la suboxone qui sera libéré à une communauté qui n'a pas accès au traitement à la méthadone, mais qui aura accès à un régime d'assurance médicament privé ou public (provincial ou fédéral) qui couvrira les frais reliés.
Bupropion (Wellbutrin)	Demande de médicaments sous réserve de certains critères et hors pharmacopées doit être complétée	indéfinie	<ul style="list-style-type: none"> pour le traitement d'un trouble dépressif majeur si le patient a échoué son traitement ou s'il a une contre-indication à un ISRS ET à un IRSN OU s'il s'agit d'un ajout pour une dépression résistante au traitement.
Cabergoline (Dostinex)	126	indéfinie	Pour le traitement de l'hyperprolactinémie chez les patients qui n'ont pas obtenu de bons résultats avec la bromocriptine ou qui sont incapables de tolérer ce produit.
Calcipotriol (Dovonex)	127	indéfinie	Échec d'une corticothérapie topique.
Calcitonine de saumon, 200 iu, vaporisation nasale (Miacalcin)	128	Indefinite	1. Pour le traitement de l'ostéoporose <ul style="list-style-type: none"> avec fracture de fragilité documentée lorsque l'alendronate et le raloxifène ne sont pas tolérés ou contre-indiqués ou : sans fractures documentées chez des patients présentant un risque fracturaire sur 10 ans élevé (voir plus loin le tableau B-1 : Ostéoporose Risque fracturaire sur 10 ans) et lorsque l'alendronate et le raloxifène ne sont pas tolérés ou contre-indiqués.
Calcitonine de saumon, 200 iu, vaporisation nasale (Miacalcin)	129	3 mois	2. Pour le traitement de courte durée (jusqu'à trois mois) de la douleur provoquée par des fractures de fragilité causées par l'ostéoporose, par des

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
			métastases osseuses ou par des fractures pathologiques.
Canagliflozin (Invokana)	235	Indéfinie	Pour le traitement de troisième intention du diabète de type 2 en association avec la metformine et une sulfonylurée chez le patient dont la glycémie n'est pas maîtrisée et pour qui l'insuline est impensable.
Célécoxib (Celebrex)	130	Indéfinie	Pour le traitement de patients qui : <ul style="list-style-type: none"> • ont subi un effet secondaire ou n'ont pas eu de bons résultats après essai d'au moins deux AINS de la liste, ou • ont présenté des antécédents de complications gastrointestinales sérieuses, comme des saignements ou une perforation, ou • on subi l'intolérance avec deux AINS de la liste ou qui présentent plusieurs (au moins deux) facteurs de risque de complications gastro-intestinales graves
Certolizumab pegol (Cimzia)	227 (initiale)	6 mois	<p><u>Spondylarthrite ankylosante</u> Critères concernant la couverture initiale de 12 semaines pour une dose MAXIMALE de 40 mg à intervalles de 2 semaines :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Doit être prescrit par un rhumatologue, ET 2) score BASDAI (<i>Bath AS Disease Activity Index</i>) > 4, ET 3) Le patient doit être réfractaire à au moins trois AINS à la dose maximale tolérée, pour une période d'essai de 3 mois, ET 4) pour ce qui concerne les symptômes périphériques, le patient doit être réfractaire aux traitements suivants : <ol style="list-style-type: none"> iii) doses hebdomadaires de méthotrexate (PO, SC ou IM), de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans), pendant plus de 12 semaines (chez les patients qui présentent une intolérance gastro-intestinale au méthotrexate PO, il faut essayer d'administrer le médicament par voie parentérale avant de conclure à la présence d'une intolérance au méthotrexate), OU iv) sulfasalazine, essai minimum de 3 mois <p>REMARQUE : En cas d'atteinte axiale, il n'est pas nécessaire d'essayer le méthotrexate ou la sulfasalazine.</p>
	228 (continue)	1 an	Pour ce qui concerne les approbations annuelles après la période de couverture initiale, un rhumatologue doit confirmer que les symptômes du

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
	229 (initiale)	6 mois	<p>patient se sont améliorés. Voici quelques exemples d'éléments pouvant être utilisés pour démontrer que l'état du patient s'est amélioré : amélioration de 50 % de la réponse ASAS 50 ou de l'indice BASDAI 50.</p> <p><u>Arthrite psoriasique</u> Critères concernant la couverture initiale de 12 semaines pour une dose MAXIMALE de 40 mg à intervalles de 2 semaines :</p> <p>4) Doit être prescrit par un rhumatologue, ET 5) Le patient doit avoir trois articulations actives et endolories, ET 6) Le patient doit être réfractaire aux traitements suivants :</p> <p>a) essai d'au moins deux AINS pendant au moins 3 mois, à la dose maximale tolérée, ET b) doses hebdomadaires de méthotrexate (PO, SC ou IM), de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans), pendant plus de 12 semaines (chez les patients qui présentent une intolérance gastro-intestinale au méthotrexate PO, il faut essayer d'administrer le médicament par voie parentérale avant de conclure à la présence d'une intolérance au méthotrexate), ET c) un essai adéquat d'au moins deux autres ARMM, y compris :</p> <p>i) Léflunomide, 20 mg par jour pendant 10 semaines ii) Or, essai minimum de 5 mois iii) Cyclosporine, essai minimum de 3 mois iv) Azathioprine, essai minimum de 3 mois v) Sulfasalazine, essai minimum de 3 mois</p>
	230 (continue)	1 an	<p>Pour ce qui concerne les approbations annuelles après la période de couverture initiale, un rhumatologue doit confirmer que les symptômes du patient se sont améliorés de 20 %. Voici quelques exemples d'éléments pouvant être utilisés pour démontrer que l'état du patient s'est amélioré : nombre d'articulations enflées, score DAS28 score, scores HAQ, taux de protéine C-réactive, ACR20.</p>
Cobicistat, emtricitabine, elvitégravir, fumarate de ténofovir disoproxil (Stribild)	132	indéfinie	<p>Pour le traitement de l'infection par le VIH-1 chez des patients n'ayant jamais reçu de traitement et chez qui le traitement à l'éfavirenz n'est pas indiqué.</p>
Cyclosporine (Néoral)	133	indéfinie	<ul style="list-style-type: none"> • Pour le traitement des greffés; • Pour le traitement du psoriasis dans les patients qui ont échoué, ou sont intolérant à la méthotrexate et aux thérapies topiques; • Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde dans les patients qui ont échoué, ou sont

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
			intolérants à d'autres thérapies systémiques, y compris 2 autres médicaments antirhumatismaux de modificateur de maladie (ARMM).
Dabigatran (Pradaxa)	134	indéfinie	<ul style="list-style-type: none"> Pour les patients chez lesquels la warfarine est indiquée mais qui ne parviennent pas à maintenir un rapport internationale normalisé RIN, OU qui ont des antécédents de réaction d'hypersensibilité grave à la warfarine.
Dimenhydrinate > 3 jours	135	1 an	Nausées associées à des problèmes de santé précis.
Donépézil (Aricept)	137 (initiale) 139 (continue)	6 mois indéfinie	<p>Le donépézil est l'inhibiteur de la cholinestérase à privilégier. Des évaluations FAST/MMSE peuvent être demandées par l'intermédiaire de la pharmacie régionale.</p> <p><u>Critères concernant la couverture initiale de six mois des inhibiteurs de la cholinestérase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnostic de maladie d'Alzheimer légère ou modérée; ET Score de 10 à 26 au mini-examen de l'état mental (MMSE); ET Score entre 4 et 6 à l'échelle globale de détérioration (GDS) datant des 60 derniers jours La décision de prolonger la couverture au-delà de six mois sera fondée sur l'amélioration ou la stabilisation des facultés cognitives, du fonctionnement et du comportement. <p><u>Critères concernant la couverture aux intervalles de six mois</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnostic maintenu de maladie d'Alzheimer légère ou modérée; ET Score > 10 à l'évaluation MMSE; ET Score entre 4 et 6 à l'échelle GDS; ET Amélioration ou stabilisation dans au moins l'un des domaines suivants : <p>(veuillez indiquer s'il s'agit d'une amélioration, d'une aggravation ou d'un état stable)</p> <ol style="list-style-type: none"> Mémoire, raisonnement et perception (p. ex., noms, tâches, MMSE); Teneurs instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ; p. ex., utiliser le téléphone, faire son épicerie, préparer ses repas); Teneurs de base de la vie quotidienne (p. ex., se laver, s'habiller, s'occuper de son hygiène personnelle, faire sa toilette); Symptômes neuropsychiatriques (p. ex. agitation, délire, hallucinations, apathie).
Dutastéride (Avodart)	136	indéfinie	Intolérance à un autre inhibiteur de la 5-alpha-réductase (traitement d'au moins quatre mois) ou échec thérapeutique de celui-ci.
Étanercept	141 (initiale)	6 mois	<u>Polyarthrite rhumatoïde</u>

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
Étanercept (Enbrel)	145 (continue)	1 an	<p>présentent une intolérance gastro-intestinale au méthotrexate PO, il faut essayer d'administrer le médicament par voie parentérale avant de conclure à la présence d'une intolérance au méthotrexate), ET</p> <p>c) un essai adéquat d'au moins deux autres ARMM, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Léflunomide, 20 mg par jour pendant 10 semaines ii) Or, essai minimum de 5 mois iii) Cyclosporine, essai minimum de 3 mois iv) Azathioprine, essai minimum de 3 mois v) Sulfasalazine, essai minimum de 3 mois <p>Pour ce qui concerne les approbations annuelles après la période de couverture initiale, un rhumatologue doit confirmer que les symptômes du patient se sont améliorés de 20 %. Voici quelques exemples d'éléments pouvant être utilisés pour démontrer que l'état du patient s'est amélioré : nombre d'articulations enflées, score DAS28 score, scores HAQ, taux de protéine C-réactive, ACR20.</p>
	146 (initiale)	6 mois	<p><u>Spondylarthrite ankylosante</u> Critères concernant la couverture initiale de 6 mois pour une dose MAXIMALE de 50 mg par semaine :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Doit être prescrit par un rhumatologue, ET 2) Score BASDAI (<i>Bath AS Disease Activity Index</i>) > 4, ET 3) Le patient doit être réfractaire à au moins trois AINS à la dose maximale tolérée, pour une période d'essai de 3 mois, ET 4) pour ce qui concerne les symptômes périphériques, le patient doit être réfractaire aux traitements suivants : <ul style="list-style-type: none"> i) doses hebdomadaires de méthotrexate (PO, SC ou IM), de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans), pendant plus de 12 semaines (chez les patients qui présentent une intolérance gastro-intestinale au méthotrexate PO, il faut essayer d'administrer le médicament par voie parentérale avant de conclure à la présence d'une intolérance au méthotrexate), OU ii) sulfasalazine, essai minimum de 3 mois <p>REMARQUE : En cas d'atteinte axiale, il n'est pas nécessaire d'essayer le méthotrexate ou la sulfasalazine.</p>

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
	147 (continue)	1 an	Pour ce qui concerne les approbations annuelles après la période de couverture initiale, un rhumatologue doit confirmer que les symptômes du patient se sont améliorés. Voici quelques exemples d'éléments pouvant être utilisés pour démontrer que l'état du patient s'est amélioré : amélioration de 50 % de la réponse ASAS 50 ou de l'indice BASDAI 50.
Éthinylestradiol, etonogestrel (Nuvaring)	148	indéfinie	Pour les patients qui sont intolérants aux contraceptifs oraux ou incapables de les prendre.
Étravirine (Intelence)	149	indéfinie	Pour le traitement du VIH chez les patients adultes qui reçoivent un traitement, qui ont fait l'objet d'un traitement antirétroviral qui a échoué et qui présentent des souches résistantes à plusieurs antirétroviraux, y compris d'autres INNTI).
Febuxostat (Uloric)	150	indéfinie	Utilisé uniquement lors d'intolérance d'hypersensibilité à l'allopurinol.
Fentanyl (Duragesic)	151	1 an	<p>Patients nécessitant un traitement aux opiacés pour le soulagement de douleurs chroniques qui ne peuvent prendre de médicaments oraux. Les patients doivent déjà avoir été traités par l'administration continue d'opioïdes (c.-à-d. ne pas être naïfs aux opiacés) et ne pas répondre ou être intolérants à au moins un produit oral à longue durée d'action et à libération prolongée, telle que la morphine, malgré un ajustement posologique approprié de la dose et des médicaments administrés en concomitance, notamment des laxatifs et des antiémétiques; OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation dans un contexte de soins palliatifs (hôpitaux/centres de traitement); OU • Patients nécessitant un traitement aux opiacés face à une fonction rénale décroissante (clairance de la créatinine < 30 ml/min).
Fésotérodine (fumarate de) (Toviaz)	152	indéfinie	Pour le soulagement des symptômes de l'hypertenseur vésicale manifestée par des mictions fréquentes, le besoin impérieux d'uriner et/ou l'incontinence urinaire chez ces patients qui ont une intolérance aussi bien à l'oxybutynine qu'à la toltérodine ou n'ont pas obtenu de bons résultats avec ces médicaments.
Fluphénazine (décanoate de) (Modecate Inj.)	153	indéfinie	Traitement d'entretien des patients atteints de schizophrénie chronique non agités dont l'état a été stabilisé par des neuroleptiques à courte durée d'action.
Fumarate de diméthyle (Tecfidera)	222	indéfinie	<p>Pour le traitement de la sclérose en plaques cyclique chez les patients qui satisfont au critère clinique et à la condition ci-dessous.</p> <p>Critère clinique : patients chez qui les préparations</p>

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
			<p>d'interféron bêta-1b et l'acétate de glatiramère sont contre-indiqués ou qui n'ont pas répondu à un traitement adéquat par au moins une préparation d'interféron bêta-1b et par l'acétate de glatiramère.</p> <p>Condition : patient est traité par un neurologue expérimenté dans le diagnostic et la gestion de la sclérose en plaques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota : chez les patients qui ont déjà été traités par l'interféron bêta-1a ou qui sont actuellement traités par l'interféron bêta-1a mais qui ne répondent pas au traitement, l'essai de l'interféron bêta-1b n'est pas nécessaire.
Gabapentine (Neurontin)	Demande de médicaments sous réserve de certains critères et hors pharmacopées doit être complétée	indéfinie	<ul style="list-style-type: none"> • Patients dont l'état épileptique n'est pas stabilisé de façon satisfaisante par la thérapeutique classique. • Le traitement des patients touchés par la neuropathie diabétique périphérique (NDP) ou la névralgie post-herpétique (NPH).
Galantamine (Reminyl ER)	154	6 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Le donépézil est l'inhibiteur de la cholinestérase figurant dans le formulaire à privilégier. • Échec du traitement au donépézil ou intolérance à celui-ci.
Glatiramère (acétate de) (Copaxone)	155 (initiale) 156 (renouvellement) 157 (changement)	1 an 2 ans 1 an	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Autorisation initiale pour sclérose en plaque récurrente-rémittente</u> <ul style="list-style-type: none"> • Doit être recommandé par un neurologue; • Au moins deux rechutes invalidantes dans l'année précédente; • Diagnostiqués selon les critères cliniques actuels (critères diagnostiques McDonald) et les données probantes d'IRM. • Ambulatoire avec ou sans assistance; 2. <u>Renouvellement</u> <ul style="list-style-type: none"> • Doit être réévalué par un neurologue; • Patient continue à bénéficier du traitement (i.e. réduction de rechutes, amélioration ou stabilisation du niveau de l'échelle EDSS, etc...) 3. <u>Changement de thérapie</u> <ul style="list-style-type: none"> • Doit être recommandé par un neurologue; • Preuve d'échec ou d'intolérance (i.e. inefficacité, anticorps neutralisants, etc....)
Golimumab (Simponi) Golimumab (Simponi)	158 (initiale)	4 mois	<p><u>Polyarthrite rhumatoïde</u> Critères concernant la couverture initiale de 16 semaines pour une dose MAXIMALE de 50 mg par mois :</p>

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
Golimumab (Simponi)	159 (continue)	1 an	<p>1) Doit être prescrit par un rhumatologue ET</p> <p>2) Le patient doit être réfractaire ou intolérant aux:</p> <ul style="list-style-type: none"> • doses hebdomadaires de méthotrexate (MTX) (PO, SC ou IM), de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans), pour un minimum de 12 semaines (chez les patients qui ne démontre pas de réponse clinique ou qui ont une intolérance gastro-intestinale au MTX PO, il faut essayer d'administrer le médicament par voie parentérale avant de conclure à la présence d'une intolérance au méthotrexate) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • MTX en association avec moins deux agents antirhumatismaux de la maladie (ARMM) tel que la sulfasalazine (SSZ) et l'hydrochloroquine (HCQ), pour un minimum de 12 semaines <p>REMARQUE : Lorsqu'un le patient ne peut recevoir le MTX, la SSZ et l'HCQ à cause de contre-indication(s) ou d'intolérance(s), on doit fournir la nature de ceux-ci ainsi que tous les détails des essais avec d'autres ARMM ou un rationel clair pour lequel les autres ARMM ne peuvent être considérés.</p> <p>Pour ce qui concerne les approbations annuelles après la période de couverture initiale, un rhumatologue doit confirmer que les symptômes du patient se sont améliorés de 20 %. Voici quelques exemples d'éléments pouvant être utilisés pour démontrer que l'état du patient s'est amélioré : nombre d'articulations enflées, score DAS28 score, scores HAQ, taux de protéine C-réactive, maintien de la réponse ACR20.</p>
	160 (initiale)	3 mois	<p><u>Arthrite psoriasique</u> Critères concernant la couverture initiale de 12 semaines pour une dose MAXIMALE de 50 mg par mois :</p> <p>1) Doit être prescrit par un rhumatologue, ET</p> <p>2) Le patient doit avoir trois articulations actives et endolories, ET</p> <p>3) Le patient doit être réfractaire aux traitements suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) essai d'au moins deux AINS pendant au moins 3 mois, à la dose maximale tolérée, ET b) doses hebdomadaires de méthotrexate (PO, SC ou IM), de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans), pendant plus de 12 semaines (chez les patients qui

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
	163 (continue)	1 an	<p>nécessaire d'essayer le méthotrexate ou la sulfasalazine.</p> <p>Pour ce qui concerne les approbations annuelles après la période de couverture initiale, un rhumatologue doit confirmer que les symptômes du patient se sont améliorés. Voici quelques exemples d'éléments pouvant être utilisés pour démontrer que l'état du patient s'est amélioré : amélioration de 50 % de la réponse ASAS 50 ou de l'indice BASDAI 50.</p>
Imatinib (Gleevec)	164a 164b 164c	indéfinie	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pour les patients atteints de leucémie myéloïde chronique qui présentent une concentration critique de cellules blastiques ou, encore, qui sont en phase d'accélération ou en phase chronique à la suite de l'échec d'un traitement à l'interféron-alpha. 2) Pour le traitement de patients souffrant d'une tumeur gastro-intestinale au niveau du stroma. 3) Pour les patients adultes chez qui on vient de diagnostiquer une leucémie myéloïde chronique (LMC) et qui sont porteurs du chromosome de Philadelphie (PH+).
Imiquimod (Aldara) 5 %, crème	165a 165b	6 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Pour le traitement de condylomes acuminés génitaux et périanaux externes à la suite de l'échec d'un traitement par le podofilox en solution (CondylineMC, WartecMC). • Pour le traitement de la kératose actinique chez les patients n'ayant pas répondu au traitement par le 5-fluorouracile (EfudexMC).
Infliximab (Remicade) (Inflectra)	166 (initiale)	3 mois	<p>Nota : L'échec ou l'intolérance à un agent biologique sous-cutané (tel qu'Humira) devrait être évalué avant de débiter un traitement biologique intra-veineux (tel qu'Actemra, Remicade, Orenicia).</p> <p><u>Polyarthrite rhumatoïde</u> Critères concernant la couverture initiale de 12 semaines pour trois doses, aux semaines 0, 2 et 6 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Doit être prescrit par un rhumatologue ET 2) Le patient doit être réfractaire ou intolérant aux: <ul style="list-style-type: none"> • doses hebdomadaires de méthotrexate (MTX) (PO, SC ou IM), de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans), pour un minimum de 12 semaines (chez les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique ou qui ont une intolérance gastro-intestinale au MTX PO, il faut essayer d'administrer le médicament par voie parentérale avant de conclure à la présence d'une intolérance au méthotrexate) ET • MTX en association avec moins deux agents antirhumatismaux de la maladie (ARMM) tel que
Infliximab (Remicade) (Inflectra)			

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
<p>Infliximab (Remicade) (Infectra)</p>	<p>167 (continue)</p>	<p>1 an</p>	<p>la sulfasalazine (SSZ) et l'hydrochloroquine (HCQ), pour un minimum de 12 semaines</p> <p>Lorsqu'un le patient ne peut recevoir le MTX, la SSZ et l'HCQ à cause de contre-indication(s) ou d'intolérance(s), on doit fournir la nature de ceux-ci ainsi que tous les détails des essais avec d'autres ARMM ou un rationnel clair pour lequel les autres ARMM ne peuvent être considérés.</p> <p>Pour ce qui concerne les approbations annuelles après la période de couverture initiale, un rhumatologue doit confirmer que les symptômes du patient se sont améliorés de 20 %. Voici quelques exemples d'éléments pouvant être utilisés pour démontrer que l'état du patient s'est amélioré : nombre d'articulations enflées, score DAS28 score, scores HAQ, taux de protéine C-réactive, ACR20.</p>
	<p>168 (initiale)</p>	<p>6 sem</p>	<p><u>Maladie de Crohn</u> Maladie de Crohn fistulisante</p> <p>Critères concernant la couverture initiale pour trois doses de 5 mg/kg, administrées aux semaines 0, 2 et 6 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Doit être prescrit par un gastroentérologue 2) Fistules périanales ou entérocutanées avec écoulement actif, récurrentes ou persistentes malgré : <ol style="list-style-type: none"> a) une antibiothérapie appropriée (p. ex. ciprofloxacine avec ou sans métronidazole pendant un minimum de 3 semaines), à moins que cela ne soit contre-indiqué, ET b) un traitement immunodépresseur, par exemple : <ol style="list-style-type: none"> i) azathioprine, essai minimum de 6 semaines, ou interruption du traitement avant 6 semaines en raison de réactions indésirables graves; OU ii) 6-mercaptopurine, essai minimum de 6 semaines, ou interruption du traitement avant 6 semaines en raison de réactions indésirables graves.
	<p>169 (initiale)</p>	<p>6 sem</p>	<p>Maladie évolutive, de modérée à grave</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Doit être prescrit par un gastroentérologue, ET 2) Le patient doit être réfractaire aux traitements suivants, ou alors ceux-ci doivent être contre-indiqués : <ol style="list-style-type: none"> a) produits à base de 5-AAS (au moins 3 g/jour pendant un minimum de 6 semaines); ET

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
	170 (continue)	1 an	<p>b) glucocorticoïdes équivalant à 40 mg/jour de prednisone pendant un minimum de 2 semaines, ET</p> <p>c) traitement immunodépresseur, comme les suivants :</p> <p>i) azathioprine, essai minimum de 3 mois, OU</p> <p>ii) 6-mercaptopurine, essai minimum de 3 mois, OU</p> <p>iii) méthotrexate, essai minimum de 3 mois</p> <p>Pour ce qui concerne l'approbation annuelle d'une dose MAXIMALE de 5 mg/kg à intervalles de 8 semaines, un gastroentérologue doit confirmer que les symptômes du patient se sont améliorés. Voici quelques exemples d'éléments pouvant être utilisés pour démontrer que l'état du patient s'est amélioré : diminution de 100 points de l'indice CDAI (<i>Crohn's Disease Activity Index</i>), diminution de trois points de l'indice modifié de Harvey Bradshaw, fermeture des fistules.</p>
Interféron beta-1a (Avonex, Rebif)	171 (initiale)	1 an	<p>1. <u>Autorisation initiale pour sclérose en plaque récurrente-rémittente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Doit être recommandé par un neurologue; Au moins deux rechutes invalidantes dans l'année précédente; Diagnostiqués selon les critères cliniques actuels (critères diagnostiques McDonald) et les données probantes d'IRM. Ambulatoire avec ou sans assistance;
	172 (renouvellement)	2 ans	<p>2. <u>Renouvellement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Doit être réévalué par un neurologue; Patient continue à bénéficier du traitement (i.e. réduction de rechutes, amélioration ou stabilisation du niveau de l'échelle EDSS, etc...)
	173 (changement)	1 an	<p>3. <u>Changement de thérapie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Doit être recommandé par un neurologue; Preuve d'échec ou d'intolérance (i.e. inefficacité, anticorps neutralisants, etc....)
Interféron beta-1b (Betaseron, Extavia)	174 (initiale)	1 an	<p>1. <u>Autorisation initiale pour sclérose en plaque récurrente-rémittente et sclérose en plaque progressive secondaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Doit être recommandé par un neurologue; Au moins deux rechutes invalidantes dans l'année précédente; Diagnostiqués selon les critères cliniques actuels (critères diagnostiques McDonald) et les données probantes d'IRM. Ambulatoire avec ou sans assistance;

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
	175 (renouvellement)	2 ans	<ul style="list-style-type: none"> • 2. <u>Renouvellement</u> <ul style="list-style-type: none"> • Doit être réévalué par un neurologue; • Patient continue à bénéficier du traitement (i.e. réduction de rechutes, amélioration ou stabilisation du niveau de l'échelle EDSS, etc...)
	176 (changement)	1 an	<ul style="list-style-type: none"> 3. <u>Changement de thérapie</u> <ul style="list-style-type: none"> • Doit être recommandé par un neurologue; • Preuve d'échec ou d'intolérance (i.e. inefficacité, anticorps neutralisants, etc....)
Lacosamide (Vimpat)	178	indéfinie	<ul style="list-style-type: none"> • Pour le traitement des patients qui sont sous les soins d'un médecin expérimenté dans le traitement de l'épilepsie, ET • qui est traité déjà par au moins deux antiépileptiques.
Larmes artificielles/gel ophtalmique	120	indéfinie	Troubles oculaires chroniques et consultations régulières d'optométriste et d'ophtalmologiste. Médicament non approuvé pour le traitement courant de la sécheresse oculaire.
Léflunomide (Arava)	179	indéfinie	Pour le traitement de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde chez qui : <ul style="list-style-type: none"> a) le traitement par le méthotrexate a échoué : dose hebdomadaire (PO, SC ou IM) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus pour les patients de 65 ans et plus) pendant plus de huit semaines; b) le méthotrexate est contre-indiqué ou n'a pu être toléré.
Lévétiracétam (Keppra)	180	indéfinie	<ul style="list-style-type: none"> • Pour administration en association avec d'autres médicaments antiépileptiques dans le traitement des convulsions partielles chez les patients réfractaires à la suite de l'essai de trois médicaments antiépileptiques utilisés en monothérapie ou en association. • Ce produit doit être prescrit par un neurologue.
Linagliptin (Trajenta)	181	indéfinie	Pour le traitement de troisième intention du diabète de type 2 en association avec la metformine et une sulfonylurée chez le patient dont la glycémie n'est pas maîtrisée et pour qui l'insuline est impensable.
L-Tryptophane (Tryptan)	182	indéfinie	Traitement d'appoint en association avec du lithium chez les patients bipolaires pour qui le lithium seul ou en association avec des neuroleptiques ou des tricycliques a peu ou pas d'effet.

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
Lurasidone (Latuda)	218	indéfinie	Pour le traitement des manifestations de la schizophrénie conformément aux critères ci-dessous <ul style="list-style-type: none"> Un autre antipsychotique moins coûteux est contraindiqué; échec du traitement par un antipsychotique moins coûteux pour cause d'intolérance ou d'inefficacité.
Maléate d'indacatérol + bromure de glycopyrronium (Ultibro Breezhaler)	226	indéfinie	Pour le traitement bronchodilatateur d'entretien à long terme de l'obstruction des voies respiratoires chez les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pourvu que les critères ci-dessous soient respectés : <ul style="list-style-type: none"> MPOC d'intensité modérée ou grave sur la foi de la spirométrie. Réponse insuffisante au maléate d'indacatérol + bromure de glycopyrronium utilisé uniquement
Maraviroc (Celsentri)	183	indéfinie	Pour le traitement des patients qui : <ul style="list-style-type: none"> Sont atteints d'un virus à tropisme CCR5 et Présentent une résistance documentée à au moins un agent parmi les trois classes d'agents antorétroviraux principales (soit les INTIs, INNTIs, IPs).
Montélukast (Singulair)	184	indéfinie	<ul style="list-style-type: none"> <u>Asthme</u> : agent de troisième intention dans le traitement de l'asthme. L'observance des autres médicaments (p. ex., inhalateurs de stéroïdes oraux) doit être démontrée.
	223	indéfinie	<ul style="list-style-type: none"> <u>Rhinite allergique</u> : agent de troisième intention après la démonstration de l'observance des stéroïdes nasaux et des antihistaminiques en vente libre.
Nabilone (Cesamet)	185	1 an	Patients présentant des nausées et des vomissements induits par la chimiothérapie (NVIC) qui n'ont pas répondu adéquatement aux traitements antiémétiques classiques, y compris aux antagonistes dopaminergiques, à la dexaméthasone et aux antagonistes des récepteurs 5-HT3.
Natalizumab (Tysabri)	186 (initiale)	1 an	<ol style="list-style-type: none"> <u>Authorisation initiale</u> <ul style="list-style-type: none"> En monothérapie chez les patients ayant été diagnostiqués avec la sclérose en plaque selon les critères cliniques actuels et les données probantes d'IRM. Les patients doivent également répondre à l'ensemble des critères suivants: <ul style="list-style-type: none"> Doit être recommandé par un neurologue; Une réponse insuffisante à des cures complètes et adéquates avec au moins deux médicaments modificateurs de l'évolution de la maladie ou une contre-indication ou une intolérance à ces traitements;

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation				
	187 (renouvellement)	2 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Une augmentation importante de la charge lésionnelle en T2 par rapport à une IRM précédente ou au moins une lésion qui prend le contraste au gadolinium; • Au moins deux rechutes invalidantes dans l'année précédente; <p>2. <u>Renouvellement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Doit être réévalué par un neurologue; • Patient continue à bénéficier du traitement (i.e. réduction de rechutes, amélioration ou stabilisation du niveau de l'échelle EDSS, etc...) <p>3. <u>Changement de thérapie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Doit être recommandé par un neurologue; • Preuve d'échec ou d'intolérance (i.e. inefficacité, anticorps neutralisants, etc....) 				
	188 (changement)	1 an					
Ombitasvir/ Paritaprevir/ Ritonavir + Dasabuvir (Holkira Pak)	Demande de médicaments sous réserve de certains critères et hors pharmacopées doit être complétée	12 sem 12 sem 24 sem	<p>Pour le traitement d'une infection chronique au VHC chez les patients adultes avec maladie hépatique compensée (notamment une cirrhose), si les conditions et critères cliniques suivants sont satisfaits :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients de génotype 1 avec infection chronique au VHC et à un stade de fibrose de F2, F3 ou F4 et traitement de première intention • Patients de génotype 1 avec infection chronique au VHC et à un stade de fibrose de F2, F3 ou F4 et traitement antérieur échoué par l'association PegIFN-RBV (non-réponse nulle antérieur) • Patients de génotype 1 avec infection chronique au VHC et à un stade de fibrose de F2, F3 ou F4 et traitement antérieur échoué par l'association PegIFN-RBV (réponse nulle antérieure) <p>*Un traitement seulement (maximum de 12 semaines pour les patients n'ayant jamais reçu de traitement et les patients dont un traitement précédent n'a pas donné de résultat. Maximum de 24 semaines pour les patients de génotype 1 avec une cirrhose et une réponse nulle antérieure à un traitement antérieur à base de peg-interféron et de RBV.)</p> <p>Rabivarine (RBV) doit être utilisé selon le tableau ci-dessous</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Population</th> <th>RBV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Traitement de première intention et traitement antérieur échoué, sans cirrhose, G1b</td> <td>Pas de RBV</td> </tr> </tbody> </table>	Population	RBV	Traitement de première intention et traitement antérieur échoué, sans cirrhose, G1b	Pas de RBV
Population	RBV						
Traitement de première intention et traitement antérieur échoué, sans cirrhose, G1b	Pas de RBV						

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation						
			<table border="1"> <tr> <td data-bbox="854 300 1300 411">Traitement de première intention et traitement antérieur échoué, sans cirrhose, G1a</td> <td data-bbox="1300 300 1429 411">RBV</td> </tr> <tr> <td data-bbox="854 411 1300 543">Traitement de première intention et traitement antérieur échoué, cirrhose, G1b + G1a <u>non</u> réponse nulle au peg IFN et RBV</td> <td data-bbox="1300 411 1429 543">RBV</td> </tr> <tr> <td data-bbox="854 543 1300 680">Traitement de première intention et traitement antérieur échoué, cirrhose, G1b + G1a réponse nulle au peg IFN et RB</td> <td data-bbox="1300 543 1429 680">RBV</td> </tr> </table>	Traitement de première intention et traitement antérieur échoué, sans cirrhose, G1a	RBV	Traitement de première intention et traitement antérieur échoué, cirrhose, G1b + G1a <u>non</u> réponse nulle au peg IFN et RBV	RBV	Traitement de première intention et traitement antérieur échoué, cirrhose, G1b + G1a réponse nulle au peg IFN et RB	RBV
Traitement de première intention et traitement antérieur échoué, sans cirrhose, G1a	RBV								
Traitement de première intention et traitement antérieur échoué, cirrhose, G1b + G1a <u>non</u> réponse nulle au peg IFN et RBV	RBV								
Traitement de première intention et traitement antérieur échoué, cirrhose, G1b + G1a réponse nulle au peg IFN et RB	RBV								
Ondansétron (Zofran)	189	indéfinie	<p>L'ONDANSÉTRON EST L'ANTAGONISTE DES RÉCEPTEURS 5-HT3 DU FORMULAIRE À PRIVILÉGIER.</p> <p>a) Personnes qui suivent actuellement une chimiothérapie hautement émétisante (c.-à-d. comprenant du cisplatine) ou moyennement émétisante (c.-à-d. comprenant du cyclophosphamide, de la doxorubicine, de l'épirubicine ou du melphalan); ET</p> <p>b) qui ont présenté des effets indésirables dus à la métoclopramide, à la prochlorpérazine ou à la dexaméthasone ou qui font l'objet d'une contre-indication spécifique empêchant l'utilisation de ces médicaments à des fins antiémétiques; OU</p> <p>c) qui ont eu des épisodes continus de nausées et de vomissements liés à la chimiothérapie et qui n'ont pas répondu aux doses thérapeutiques de métoclopramide, de dexaméthasone ou de prochlorpérazine.</p>						
Oseltamivir (Tamiflu)	190	indéfinie	<ul style="list-style-type: none"> • Veuillez consulter les Lignes directrices sur la grippe saisonnière 2014-2015 • Le formulaire de suivi de Tamiflu doit être utilisé. 						
Oxcarbazépine (Trileptal)	191	indéfinie	<p>Traitement antiépileptique chez les patients ayant présenté une réponse inadéquate ou une intolérance à au moins trois autres médicaments antiépileptiques, y compris la carbamazépine.</p>						
Pérampanel (Fycompa)	224	indéfinie	<p>En tant que traitement d'appoint dans la prise en charge des crises partielles chez le patient atteint d'épilepsie non contrôlée de façon satisfaisante par les traitements classiques, conformément aux critères cliniques et à la condition ci-dessous :</p> <p>Critères cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement de l'épilepsie comprend déjà au moins deux antiépileptiques. • Les antiépileptiques moins coûteux sont inefficaces ou contraindiqués. 						

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
			Condition : Le patient est sous les soins d'un médecin spécialiste du traitement de l'épilepsie.
Pimécrolimus (Elidel)	192	1 an	Patients chez qui une corticothérapie topique a échoué ou a entraîné des effets secondaires.
Pioglitazone (Actos)	193	indéfinie	Pour les patients diabétiques de type 2 dont l'état n'est pas adéquatement stabilisé par une saine alimentation, l'exercice physique et des médicaments. Le schéma pharmacothérapeutique devrait comprendre des sulfonyles et de la metformine, en monothérapie et en association, à moins qu'un de ces agents ne soit contre-indiqué ou non toléré.
Quétiapine (Seroquel)	Demande de médicaments sous réserve de certains critères et hors pharmacopées doit être complétée	indéfinie	Pour le traitement de la schizophrénie et les troubles bipolaires.

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
Raloxifène (Evista)	194	indéfinie	Traitement de l'ostéoporose postménopausique <ul style="list-style-type: none"> en présence d'une fracture de fragilité documentée lorsque les bisphosphonates ne sont pas tolérés ou contre-indiqués ou; en présence de fractures documentées chez des patients présentant un risque fracturaire sur 10 ans élevé (voir plus loin le tableau B-1 : Ostéoporose – risque fracturaire sur 10 ans); lorsque les bisphosphonates ne sont pas tolérés ou contre-indiqués.
Rifaximin (Zaxine)	231 (initiale)	Indéfinie	Pour la réduction du risque de récurrence de l'encéphalopathie hépatique (EH) : <ul style="list-style-type: none"> chez les patients pour qui lactulose seul a peu ou pas d'effet sur risque de récurrence d'EH
Rituxan (Rituximab)	195 (initiale) 196 (continue)	6 mois 1 an	<ol style="list-style-type: none"> Doit être prescrit par un rhumatologue pour le traitement de lapolyarthrite rhumatoïde évolutive grave chez les adultes ayant montré une réponse inadéquate ou ont eu des effetssecondaires à un traitement avec un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Le traitement doit être associé au methotrexate. Rituximab ne doit pas être utilisé en association avec un anti-TNF. Pour le prolongement de la couverture du rituxan au delà de 24 semaines, le patient doit satisfaire tous les critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> Prescription initiale par un rhumatologue La patient a été évalué pour plus de 24 semaines du traitement par rituximab et satisfait aux critères de réaction suivants : <ul style="list-style-type: none"> réduction > 20 % du nombre d'articulations douloureuses et enflées amélioration > 20 % dans l'échelle d'appréciation globale du médecin ou a une amélioration > 20 % dans l'échelle d'appréciation globale du patient, ou a une réduction > 20 % dans la phase aiguë mesurée par la VS ou le dosage de la protéine C-réactive.
Rivaroxaban (Xarelto)	225 197 198	6 mois 2 sem 35 jours	<p>Pour le traitement de l'accident thromboembolique veineux (TEV) - thrombose veineuse profonde (TVP) ou l'embolie pulmonaire (EP) - et dans la prévention de la récurrence de la TVP ou de l'EP, durant six mois au maximum.</p> <p>Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique :</p> <ul style="list-style-type: none"> chez les patients qui ont subi une arthroplastie non totale du genou chez les patients qui ont subi une arthroplastie non urgente de la hanche

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
	199	indéfinie	<p>Pour les patients chez lesquels la warfarine est indiquée mais qui ne parviennent pas à maintenir un rapport internationale normalisé RIN, OU qui ont des antécédents de réaction d'hypersensibilité grave à la warfarine</p> <ul style="list-style-type: none"> chez le patient atteint de fibrillation auriculaire
Rivastigmine (Exelon)	200	6 mois	<ul style="list-style-type: none"> Le donépézil est l'inhibiteur de la cholinestérase ne figurant pas dans le formulaire à privilégier. Échec du traitement au donépézil ou intolérance à celui-ci. Le donépézil est l'inhibiteur de la cholinestérase à privilégier. Remarque : Formulation orale uniquement. Exelon patch n'est pas remboursé.
Sevelamer (chlorhydrate de) (Renagel)	201	indéfinie	Restreint aux patients subissant des dialyses.
Siméprévir (Galexos)	Demande de médicaments sous réserve de certains critères et hors pharmacopées doit être complétée	12 sem	<p>Pour le traitement de l'hépatite C chronique de génotype 1, en association avec le peginterféron (PegIFN) alpha et la ribavirine (RBV), chez les personnes atteintes d'une hépatopathie compensée, pourvu que tous les critères ci-dessous soient satisfaits</p> <ul style="list-style-type: none"> présence de l'ARN du virus de l'hépatite C (VHC) dans le sang au cours des six derniers mois ; hépatopathie au stade F2, F3 ou F4 de la fibrose; le traitement par le siméprévir est déconseillé pour les patients avec le génotype 1a en présence de polymorphisme Q80K de la protéase NS3 du VHC. <p>Une cure seulement (maximum de 12 semaines).</p>
Sofosbuvir (Sovaldi)	Demande de médicaments sous réserve de certains critères et hors pharmacopées doit être complétée	12 sem 12 sem 24 sem	<p>Pour le traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) chez l'adulte présentant une hépatopathie compensée, y compris la cirrhose, pourvu que les critères cliniques et les conditions ci-dessous soient satisfaits :</p> <ul style="list-style-type: none"> En cas d'infection par le VHC de génotype 1 ou de génotype 4, association avec le peginterféron et la ribavirine (PegIFN-RBV) avec une hépatopathie au stade de fibrose F2, F3 et F4 et traitement de première intention. En cas d'infection par le VHC de génotype 2, association avec la ribavirine (RBV) avec une hépatopathie au stade de fibrose F2, F3 et F4 et traitement antérieur échoué par l'association PegIFN-RBV ou contreindication médicale au traitement par PegIFN-RBV. En cas d'infection par le VHC de génotype 3, association avec la RBV avec une hépatopathie de stade de fibrose F2, F3 et F4 et traitement antérieur échoué par l'association PegIFN-RBV

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
			<p>ou contraindication médicale au traitement par PegIFN-RBV.</p> <p>Un (1) cycle de traitement seulement (maximum de 12 semaines pour le génotype 1, 2 ou 4 et 24 semaines pour le génotype 3).</p>
Sofosbuvir + Ledipasvir (Harvoni)	<p>Demande de médicaments sous réserve de certains critères et hors pharmacopéés doit être complétée</p>	<p>8 sem 12 sem 12 sem 24 sem</p>	<p>Pour le traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) chez l'adulte avec génotype 1 présentant une hépatopathie compensée, y compris la cirrhose, pourvu que les critères cliniques et les conditions ci-dessous soient satisfaits :</p> <ul style="list-style-type: none"> Traitement de première intention avec une hépatopathie au stade de fibrose F2, F3 ou F4. (durée de traitement spécifiée) <ul style="list-style-type: none"> charge virale <6M IU/mL charge virale >6M IU/mL Traitement antérieur échoué sans cirrhose (stade de fibrose F2 ou F3) Traitement antérieur échoué avec cirrhose (stade de fibrose F4) <p>*Un (1) cycle de traitement seulement (maximum de 12 semaines pour les patients n'ayant jamais suivi de traitement avec ou sans cirrhose, maximum de 12 semaines pour les patients sans cirrhose ayant déjà suivi un traitement et maximum de 24 semaines pour les patients avec la cirrhose ayant déjà suivi un traitement.</p> <p>Notez : Selon les lignes directrices de l'Association canadienne pour l'étude du foie (ACEF), le régime de traitement alternatif suivant peut être considéré, à la discrétion du clinicien :</p> <ul style="list-style-type: none"> 12 semaines de traitement avec Harvoni + le ribavirin pour les patients avec la cirrhose ayant déjà suivi un traitement.
Tacrolimus (Protopic)	202	indéfinie	Chez les patients dont le traitement topique aux corticostéroïdes a échoué ou qui ont présenté des effets indésirables en raison de ce traitement.
Témozolomide (Témodal)	204	indéfinie	Pour les patients atteints de glioblastome multiforme récurrent ou évolutif ou l'astrocytome anaplasique.
Testostérone (cypionate de/éнанthate de) (Depo-Testostérone, Delatestryl)	<p>le formulaire Dépistage et évaluation aux fins d'approbation du traitement par testostérone doit être complété</p>	1 an	<p>Veillez consulter les « Lignes directrices sur la prescription de testostérone aux détenus » du SCC</p> <ul style="list-style-type: none"> Solution injectable seulement. Autorisation jusqu'à un an à la lumière de l'examen du formulaire de demande du SCC concernant la testostérone. Un nouveau formulaire doit être soumis chaque année pour renouveler l'autorisation du traitement.

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
Tizanidine (chlorhydrate de) (Zanaflex)	205	indéfinie	Pour le traitement de la spasticité chez les patients souffrant de sclérose en plaques qui n'ont pas obtenu de bons résultats avec le baclofène ou qui sont incapables de tolérer ce produit.
Tocilizumab (Actemra)	206	1 an	<p>Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) modérément ou sévèrement active chez l'adulte n'ayant pas répondu à un traitement adéquat par DMARD et un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale alpha (TNF-α).</p> <p>Nota : L'échec ou l'intolérance à un agent biologique sous-cutané (tel qu'Humira) devrait être évalué avant de débiter un traitement biologique intra-veineux (tel qu'Actemra, Remicade, Orencia).</p>
Ustekinumab (Stelara)	207 (initiale)	4 mois	<p><u>Psoriasis en plaques</u> Critères concernant la couverture initiale de 3 doses MAXIMALES de 90 mg administrées aux semaines 0, 4 et 16 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Doit être prescrit par un dermatologue, ET 2) Atteinte de plus de 10 % de la surface corporelle et/ou atteinte importante au niveau du visage, des mains, des pieds ou de la région génitale, ET 3) Le patient doit être réfractaire aux traitements suivants, ou alors ceux-ci doivent être contre-indiqués : <ol style="list-style-type: none"> a) doses hebdomadaires de méthotrexate (PO, SC ou IM), de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient a plus de 65 ans), pendant plus de 12 semaines (chez les patients qui présentent une intolérance gastro-intestinale au méthotrexate PO, il faut essayer d'administrer le médicament par voie parentérale avant de conclure à la présence d'une intolérance au méthotrexate), ET b) cyclosporine, essai minimum de 6 semaines, ET c) photothérapie, si possible
	208 (continue)	1 an	<p>Pour ce qui concerne l'approbation annuelle d'une dose MAXIMALE de 45 mg à intervalles de 12 semaines, un dermatologue doit confirmer que les symptômes du patient se sont améliorés. Voici quelques exemples d'éléments pouvant être utilisés pour démontrer que l'état du patient s'est amélioré : diminution de 75 % du score PASI (<i>Psoriasis Area and Severity Index</i>), diminution de 50 % du score PASI et amélioration de cinq points du score DLQI (<i>Dermatology Life Quality Index</i>), réduction importante de la surface corporelle atteinte.</p>

Médicament	Raison pour utilisation	Durée	Critères d'approbation
Vitamines/Minéraux Centrum Forte ou l'équivalent	209	1an	Malabsorption gastro-intestinale. Par exemple, associée aux effets secondaires d'un médicament et/ou à des problèmes de santé précis (cancer, hépatite C, infection à VIH, côlon irritable – maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladie cœliaque).
Calcium (carbonate de calcium) Vitamine D (Cholécalciférol)	214	indéfinie	Traitement/prévention de l'ostéoporose
Pyridoxine (Vitamine B6)	212	indéfinie	Pour le traitement des engourdissements et de la paresthésie induits par l'isoniazide (INH).
Thiamine (Vitamine B1)	213	1 semaine	Prévention de malnutrition et réduction de symptômes attribués au sevrage à l'alcool pour une durée d'une semaine.
Materna ou l'équivalent – Une fois par jour	211	1 an	Maternité
Replavite WNP, Stress Plex C Jam Stresstabs	210	indéfinie	Dialyse
Voriconazole (VFEND)	215	1 an	Pour le traitement des cas : <ul style="list-style-type: none"> d'aspergillose invasive; de candidose invasive confirmée par culture ayant une résistance documentée au fluconazole.
Zanamivir (Relenza)	216	1 an	<ul style="list-style-type: none"> Traitement des cas de grippe ayant une résistance documentée à l'oseltamivir (Tamiflu). Veillez consulter les Lignes directrices sur la grippe saisonnière 2014-2015
Ziprasidone (Zeldox)	217	indéfinie	<ul style="list-style-type: none"> Traitement de la schizophrénie et de troubles schizo-affectifs chez les patients ne pouvant prendre d'autres médicaments antipsychotiques atypiques inscrits sur le formulaire (rispéridone, quétiapine ou olanzapine) en raison d'une contre-indication, d'une intolérance ou d'une absence de réponse; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilisation chez des personnes nécessitant un traitement antipsychotique/neuroleptique qui présentent un risque accru de maladie cardiovasculaire et de diabète (syndrome métabolique).

Index

Abacavir	24	Alfuzosine (chlorhydrate de)	34, 81
Abacavir/Lamivudine	24	Alkeran	28
Abacavir/Lamivudine/Zidovudine	24	Allopurinol	59
Abatacept	60, 77	Almagel	48, 81
Abenol	37	Almotriptan	62
Abilify	40	Alomide	48
Acarbose	53	Alphagan	47
Accolate	75	Alphagan P	64
Accupril	70	Altace	36
Accutane	58	Alugel	81
Acébutolol (chlorhydrate d')	35	Aluminium (hydroxyde d')	48, 81
Acétaminophène	37, 62	Aluminium (hydroxyde d')/oxyde de magnésium	48
Acétaminophène/Caféine/ Codéine (phosphate de)	37	Aluminium/magnésium (hydroxyde d'/de')	81
Acétate d'eslicarbazépine	38, 77	Alvesco	66
Acétazolamide	48	Amantadine	24
Acide 5-aminosalicylique	50, 62	Amarel	54
Acide acétylsalicylique	36	Amatine	30
Acide azélaïque	58	Amcinonide	62
Acide citrique/citrate de sodium	43	Amerge	72
Acide citrique/oxyde de magnésium/picosulfate de sodium	48	Amiloride (chlorhydrate d')	44
Acide éthacrynique	44	Amiloride (chlorhydrate d')/hydrochlorothiazide	44
Acide folique	58	Aminophylline	58
Acide fusidique	45	Amiodarone (chlorhydrate d')	33
Acide méfénamique	37	Amitriptyline	38
Acide nicotinique	34	Amlodipine	35
Acide tranexamique	33	Amoxicilline	23
Acide valproïque	38	Amoxicilline/Acide clavulanique	23
Acilac	49	Amoxil	23
Acitrétine	58	Amphogel	48, 81
Actemra	60	Anafranil	38
Actonel	73	Anagrélide (chlorhydrate d')	32
Actos	54, 101	Anandron	29
Acular	47	Anaprox	72
Acyclovir	26	Anastrozole	27
Adalat	35	Androcur	28
Adalat XL	35	Anexate	59
Adalimumab	60, 78	Anusol	72
Adapalène	57	Anusol-HC	57, 72
Adéfovir dipivoxil	26	Anuzinc	72
Adrénaline	30	Anuzinc HC	57
Advagraf	60	Apidra	53
Advair	66	Apixaban	32, 81
Advair Diskus	66	Aprepitant	82
Advil	36	Aprépitant	49
Agrylin	32	Apresoline	34
Aiguille	60	Apri	52
Aldactazide	44	Aptiom	38, 77
Aldactone	36	Aptivus	25
Aldara	94	Aralen	27
Aldomet	34	Aranesp	32
Alendronate sodique	59	Arava	59, 97
Alesse	52	Argent (sulfadiazine d')	56
Alfacalcidol	59	Aricept	29, 87
		Arimidex	27

Aripiprazole	40	Beclomethasone	66
Aristocort C	75	Béclométhasone (dipropionate de)	46
Aristocort R	75	Beconase Aq.....	46
Aristopan	51	Benadryl.....	22
Aromasin	28	bénazépril	63
Artane	42	Benoxyl	57
Arthrotec	36	Bentylol	29
Asacol	50	Benuryl.....	44
Asacol	62	Benzaclin	57
Asaphen.....	36	Benzoyle (peroxyde de)	57
Asenapine	82	Benzotropine (mésylate de)	42
Asenapine maleate	40	Benzydamine (chlorhydrate de)	47, 83
Asmanex	51, 66	Betaderm	56
Atarax.....	42	Betagan.....	71
Atasol-15.....	37	Bétahistine (chlorhydrate de)	59
Atasol-30.....	37	Betaloc	35
Atazanavir (sulfate d')	24	Betaloc Durules.....	35
Aténolol	35	Bétaméthasone (dipropionate de).....	56
Aténolol/Chlorthalidone	35	Bétaméthasone (dipropionate de)/Acide salicylique.....	56
Ativan	41	Bétaméthasone (phosphate sodique de)	56
Atomoxétine	10, 43	Bétaméthasone (valérate de).....	56
Atorvastatine	34	Betaseron.....	60, 96
Atovaquone	27	Béthanéchol (chlorure de).....	29
Atripia.....	25	Betnesol	56
Atropine.....	29, 47	Betnovate	56
Atropine (sulfate d').....	29, 47	Betoptic/Betoptic S.....	64
Atropine monohydraté (sulfate d')	29	Bezafibrate	33
Atrovent.....	30, 48	Bezalip	33
Auranofine.....	50	Bezalip SR	33
Aurothiomalate de sodium	50	Biaxin	23
Avamys	69	Biaxin XL.....	64
Avandia	73	Bicalutamide.....	27
Avapro.....	70	Bicarbonate de sodium	43
Avelox	23	Bicillin L-A	23
Aventyl	39	Biltracide	22
Aviane	52	Bimatoprost.....	64
Avlosulfon	27	Biphentin	41
Avodart.....	59, 87	Bisacodyl.....	48
Avonex	96	Bisoprolol (fumarate de).....	35
Avonex PS/Avonex PEN	60	Blephamide	46
Axert.....	62	Blocadren.....	35
Axid	72	bocéprévir	12
Azathioprine	59	Bocéprévir	27
Azithromycine.....	23	Breo Ellipta.....	66
Azopt.....	64	Brevicon 0,5/35	52
Baciguent	63	Brevicon 1/35	52
Bacitracin	63	Bricanyl	74
Bacitracine-zinc/sulfate de polymyxine B	55	Brimonidine (tartrate de)	47
Baclofène	31, 83	Brimonidine (tartrate de)/timolol	47
Bactracine (zinc de)/sulfate de polymyxine B.....	45	Brimonidine tartrate/brinzolamide.....	47
Bactrim	23	Brinzolamide	64
Bactrim DS.....	23	Brinzolamide/Brimonidine	84
Bactroban.....	55	Bromocriptine (mésylate de)	42
Bandelettes réactives au glucose.....	43	Bromure d'acélinidium.....	62
Bandelettes réactives pour analyse d'urine.....	43	Bromure de glycopyrronium	45, 62, 74
Baraclude	26	Budesonide	66

Budésonide	51, 56	Charcodoate.....	48
Bupivacaïne (chlorhydrate de)	55	Chlorambucil	28
Buprénorphine/Naloxone	37, 84	Chloramphénicol	45
Bupropion.....	12, 38, 64, 84	Chlorhexidine (gluconate de)	47
Buscopan	29	Chlorhydrate de sélégiline.....	43
Buséreline (acétate de).....	27	Chloroquine (biphosphate de).....	27
Buspar.....	42	Chlorpromazine.....	39
Buspirone.....	42	Chlorthalidone	44
Busulfan	28	Cholécalciférol.....	59, 106
Cabergoline.....	59, 84	Cholestyramine (résine de)	33
Calcipotriol	58, 84	Chromoglycate sodique	45
Calcitonine de saumon.....	54, 84	Ciclesonide	66
Calcitriol	59	Ciclopirox olamine.....	55
Calcium	106	Cilazapril	65
Calcium (carbonate de).....	43	Ciloxan	45
Canagliflozine.....	54, 85	Cimétidine	65
Candésartan.....	64	Cimzia	60, 85
Canesten.....	55	Cipralex.....	39
Capécitabine	28	Cipro	23
Capex, shampooing	69	Cipro XL.....	65
Capoten	36	Ciprodex.....	45
Captopril.....	36	Ciprofloxacin (chlorhydrate de)/dexaméthasone	45
Carbachol.....	47, 48	Ciprofloxaxine (chlorhydrate de)	23, 45
Carbamazépine.....	38	Citalopram.....	38
Carbolith.....	42	Citrate de lithium	42
Cardiazem CD.....	36	Citro-Mag	49
Cardizem.....	36	Clarithromycine	23
Cardura	68	Claritin.....	22
Carvédilol	35	Clarus.....	58
Casodex.....	27	Clavulin	23, 62
Catapres	34	Clindamycine (chlorhydrate de).....	24
Ceclor.....	22	Clindamycine (phosphate de)	55
CeeNU	28	Clioquinol/pivalate de fluméthasone.....	56
Céfaclor.....	22	Clobazam	41
Céfadroxil.....	22	Clobétasol (propionate)	65
Céfixime	22	Clomipramine	38
Cefprozil.....	22	Clonazépam.....	38
Ceftin.....	22	Clonidine (chlorhydrate de)	34
Céfuroxime axétil	22	Clopidrogel (bisulfate de)	32
Cefzil	22	Clopixol	40
Celebrex.....	36, 85	Clopixol Dépôt.....	40
Célécoxib	36, 85	Clopixol-Accuphase	40
Celexa	38	Clotrimazole	55
CellCept	59	Cloxacilline	23
Celsenti.....	25, 98	Clozapine	40
Centrum	59	Clozapine	65
Centrum Forte.....	59, 106	Clozaril	40
Centrum Materna	59	Clozaril	65
Céphalexine	22	Cobicistat, emtricitabine, elvitégravir, fumarate de ténofovir disoproxil.....	25, 86
Certolizumab pegol	85	Codéine (phosphate de).....	37
Certolizumab Pegol.....	60	Cogentin.....	42
CES.....	53	Colace.....	48
Cesamet.....	50, 98	Colchicine	59
Cétirizine	22, 64	Colestid	33
Charac-50	48	Colestipol (chlorhydrate de)	33
Charbon activé	48		

Colyte	49	DDAVP	54
Combantrin	22	Decadron	51
Combigan.....	47	Delatestryl	52, 105
Combivir.....	25	Delestrogen.....	53
Complera	25	Deltasone.....	51
Comtan	42	Demulen 30.....	52
Condylina	57	Depakene.....	38
Copaxone.....	60, 91	Depo-Medrol	51
Cordarone	33	Depo-Medrol avec lidocaïne	51
Coreg	35	Depo-Provera.....	54
Corgard	35	Depo-Testostérone	52, 105
Cortate	57	Dermaflex HC.....	57
Cortef	51	Derma-Smooth.....	69
Cortenema	57	Dermovate	65
Cortifoam	57	Désipramine.....	38
Cortisone (acétate de).....	51	Desloratadine.....	67
Cortisporin.....	46	Desmopressine (acétate de).....	54
Cortone	51	Desocort.....	56
Cosopt.....	48	Désonide.....	56
Cotazym.....	49	Desquam-X – à base d'eau.....	57
Coumadin.....	32	Desyrel.....	39
Coversyl.....	70	Détémir	67
Cozaar	71	Detrol	58
Creon	49	Detrol	63
Crestor	34, 73	Dexaméthasone	46, 51
Crixivan	25	Dexamethasone phosphate	51
Cromoglycate sodique	45	Dexaméthasone/tobramycine	46
Cromolyn.....	45	Dexamphétamine (sulfate de)	41
Cuprimine.....	50	Dexedrine.....	41
Cyanocobalamine	58	Dexédrine.....	11
Cyclen	52	Dexlron	31
Cyclobenzaprine (chlorhydrate de)	31	Dextro Energy Insta-glucose 31g.....	44
Cyclocort.....	62	Dextrose.....	44
Cyclogel	47	Dextrosol.....	44
Cyclomen	51	Diabeta.....	54
Cyclopentolate (chlorhydrate de)	47	Diacétate de triamcinolone.....	51
Cyclophosphamide.....	28	Diamicron	54
Cyclosporine	58, 86	Diamicron MR	54
Cyklokapron	33	Diane-35	59
Cymbalta.....	39	Diastix	43
Cyprotérone (acétate de)	28	Diazépam.....	41
Cyprotérone (acétate de)/ éthinylestradiol	59	Diazoxide	34
Cytomel.....	55	Dicetel	30
Cytotec.....	50	Dictrate.....	43
Cytovene	26	Diclectin	49
Cytoxan.....	28	Diclofénac sodique.....	36, 46
Dabigatran	31, 86	Diclofénac sodique/Misoprostol.....	36
Dalacin	24, 55	Dicyclomine.....	29
Daltéparine sodique	31	Didanosine	24
Danazol.....	51	Didronel.....	59
Dapsone.....	27	Differin.....	57
Daraprim	27	Diflucan	24
Darbépoéline alfa.....	32	Diflucortolone (valérate de).....	67
Darifenacin.....	63	Digoxine	33
Darunavir	24	Dihydroergotamine.....	30
Darunavir/cobicistat.....	24	Dilantin	38

Diltiazem (chlorhydrate de)	36	Elmiron	59
Diltiazem SR	68	Elocom	71
Dimenhydrinate	49	Eltroxin	55
Dimenhydrinate	11	Émédistine	45, 71
Dimenhydrinate	87	Emend	49, 82
Diocetyl sulfosuccinate sodium	48	Emo-Cort	57
Diodoquin	27	Emtricitabine/fumarate de ténofovir disoproxil	25
Diosulf	45	Enablex	63
Diovan	36	Énalapril	68
Dipentum	50	Enbel	60
Diphenhydramine	22	Enbrel	87
Dipivefrin HCl	47	Enemol	49
Diprosalic	56	Énoxaparine sodique	32
Diprosone	56	Entacapone	42
Dipyridamole	34	Entanercept	60
Disopyramide	33	Entécavir	26
Ditropan	58	Entocort	51, 56
Ditropan	63	Entocort, Lavement	51
Ditropan XL	58	Entrophen	36
Divalproex de sodium	38	Épinéphrine	30
Dixarit	34	EpiPen	30
Docusate calcique	68	Epival	38
Dolutégravir	24, 25	Époétine alfa	33
Dompéridone (maléate de)	49	Epex	33
Donézépil	29, 87	Éprosartan	68
Dorzolamide (chlorhydrate de)	48	Erlotinib (chlorhydrate d')	28
Dorzolamide/Timolol	48	Eryc	23
Dostinex	59, 84	Érythromycine	45
Dovobet, onguent	68	Érythromycine	23
Dovonex	58, 84	Érythromycine (éthylsuccinate d')	23
Doxazosine	68	Érythromycine (stéarate d')	23
Doxépine (chlorhydrate de)	39	Érythromycine/trétinoïne	56
Doxycycline	23	Erythro-S	23
Doxylamine (succinate de)/pyridoxine	49	Escitalopram oxalate	39
Dulcolax	48	Ésoméprazole	68
Duloxétine	39	Estrace	53
DuoTrav	47	Estraderm	53
Duragesic	37, 90	Estradiol	53
Duricef	22	Estradiol – 17β	53
Dutastéride	59, 87	Estradiol (valérate d')	53
Duvoid	29	EstroGel	53
Dyazide	44	Estrogènes conjugués	53
Edecrin	44	Estropipate	53
Eduvant	25	Étanercept	87
EES 600	23	éthambutol	12
Éfavirenz	25	Éthambutol (chlorhydrate d')	24
Éfavirenz/Emtricitabine/ Fumarate de ténofovir disoproxil	25	Éthinylestradiol/ Acétate de noréthindrone	53
Effexor	39	Éthinylestradiol/ Désogestrel	52
Efudex	58	Éthinylestradiol/ d-norgestrel	52
Elavil	38	Éthinylestradiol/ Drospirénone	52
Électrolyte/Dextrose	43	Éthinylestradiol/ Éthinodiol diacétate	52
Élétriptan	68	Éthinylestradiol/ étonogestrel	90
Elidel	58, 101	Éthinylestradiol/ Etonogestrel	52
Eligard	28	Éthinylestradiol/ Lévonorgestrel	52
Eliquis	32, 81	Éthinylestradiol/ Noréthindrone	52
		Éthinylestradiol/ Norgestimate	52

Éthinylestradiol/Acétate de noréthindrone.....	52	Flunisolide.....	69
Éthosuximide.....	38	Fluocinolone (acétonide de).....	69
Etibi.....	24	Fluocinonide.....	69
Étidronate disodique.....	59	Fluorescéine sodique et chlorhydrate de benoxiate.....	47
Étoposide.....	28	Fluorométholone.....	46
Étravirine.....	26, 90	Fluorouracile.....	58
Euflex.....	28	Fluoxétine (chlorhydrate de).....	39
Evista.....	53, 102	Flupenthixol (décanoate de).....	39
Exelon.....	29, 103	Flupenthixol (dichlorhydrate de).....	40
Exémestane.....	28	Fluphénazine.....	40, 90
Extavia.....	96	Flutamide.....	28
Extrait thyroïdien.....	55	Fluticasone.....	66
Ézétimibe.....	33	Fluticasone (acétate de).....	51
Ezetrol.....	33	Fluticasone (furoate de).....	69
Famciclovir.....	26	Fluticasone (propionate de).....	69
Famotidine.....	68	Fluticasone furoate/vilanterol.....	66
Famvir.....	26	Fluvastatine.....	69
Febuxostat.....	60, 90	Fluvoxamine (maléate de).....	39
Feldene.....	37	FML.....	46
Félodipine.....	35	FML Forte.....	46
Femara.....	28	Foradil.....	69
FemHRT.....	53	Formoteral.....	64
Fénofibrate.....	33	Formoterol.....	64
Fénofibrate micronisé.....	68	Formotérol dihydraté (fumarate de).....	30
Fénotérol HBr.....	69	Formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide.....	30
Fentanyl.....	37, 90	Fosamax.....	59
Fer (fumarate de).....	69	Fosamprénavir calcique.....	25
Fer-dextran.....	31	Fosinopril.....	69
Fergon.....	31	Fosrenol.....	44
Fésotérodine (fumarate de).....	58, 90	Fragmin.....	31
Fexofénadine.....	69	Framycétine (sulfate de)/gramicidine/dexaméthasone.....	46
Filgrastim.....	33	Fraxiparine.....	32
Finacea.....	58	Fraxiparine Forte.....	32
Finastéride.....	59	Frisium.....	41
Flagyl.....	27, 56	Fucidin.....	24
Flagystatin.....	56	Fucidin HC.....	70
Flamazine.....	56	Fucithalmic.....	45
Flarex.....	46	Fumarate de diméthyle.....	43, 90
Flavoxate (chlorhydrate de).....	58	Fumarate de fer.....	31
Flécaïnone (acétate de).....	33	Fumarate de formotérol.....	69
Fleet.....	49	Furoate de mométasone.....	51
Flexeril.....	31	Furosémide.....	44
Floctafénine.....	36	Fusidate de sodium.....	24
Flomax.....	34	Fycompa.....	41, 100
Florinef.....	51	Gabapentine.....	38, 91
Flovent.....	51	Galantamine.....	29, 91
Flovent.....	66	Galexos.....	27, 103
Fluanxol.....	40	Ganciclovir sodique.....	26
Fluanxol Dépôt.....	39	Garamycin.....	55
Fluconazole.....	24	Garasone.....	70
Fludara.....	28	Gastrolyte.....	43
Fludarabine (phosphate de).....	28	Gemfibrozil.....	34
Fludrocortisone (acétate de).....	51	Gentamicine.....	55, 70
Flumazénil.....	59	glargine.....	67
Fluméthasone (pivalate de)/clioquinol.....	46	Glatiramère.....	60
Flunarizine (chlorhydrate de).....	59		

Glatiramère (acétate de)	91	Hydrocortisone (acétate d')/chlorhydrate de pramoxine	57
Gleevec.....	28, 94	Hydrocortisone (acétate d')/sulfate de zinc	57
Gliclazide	54	Hydrocortisone (succinate sodique d')	51
Glimépiride.....	54	Hydrocortisone/sulfate de néomycine/sulfate de polymyxine B	46
Glucagon.....	54	Hydrocortisone/urée.....	57
Glucobay.....	53	Hydrodiuril	44
Gluconate de fer.....	31	Hydroxychloroquine (sulfate d').....	27
GlucoNorm.....	54	Hydroxyurée.....	28
Glucophage.....	53	Hydroxyzine (chlorhydrate de)	42
Glucose Oxydase/Peroxydase	43	Hyoscine (butylbromure d')	29
Glyburide.....	54	Hytrin.....	35, 68
Glycérine.....	49	Ibuprofène.....	36
Glycopyrrolate.....	29	Idarac	36
Golimumab.....	91	Iloctycin	45
Golytely	49	Imatinib	28, 94
Goséreline (acétate de).....	28	Imdur.....	34
Gouttes de chlorhydrate de benoxinate et de fluorescéine	47	Imipramine HCl	39
Gouttes de fluorescéine sodique.....	43	Imiquimod	94
Gramicidine/sulfate de néomycine/sulfate de polymyxine B	45	Imitrex	42
Gramicidine/sulfate de polymyxine B	45, 55	Imitrex, vaporisation nasale	42
Gravol	49	Imodium	48
Halcinonide	70	Imuran.....	59
Haldol.....	40	Indacaterol	64
Haldol LA	40	Indapamide	44
Halopéridol.....	40	Indéral	35
Harvoni.....	12, 27, 104	Indéral-LA	35
Hepalean.....	32	Indinavir (sulfate d').....	25
Hepalean-Lok.....	32	Indocid	37
Héparine sodique.....	32	Indométhacine.....	37
Hepsera	26	Infliximab.....	60, 94
Heptovir.....	25	Infufer	31
Hexit.....	56	Inhibace	70
Holkira Pak.....	12, 27, 99	Innohep	32
Homatropine (bromhydrate d')	47	Insuline (30 % neutre et 70 % isophane) humaine biosynthétique.....	53
Hp-PAC.....	70	Insuline (40 % neutre et 60 % isophane) humaine biosynthétique.....	53
Huile minérale	49	Insuline (50 % neutre et 50 % isophane) humaine biosynthétique.....	53
Huile minérale/hydroxyde de magnésium	49	Insuline (cristaux insuline-zinc) humaine biosynthétique (origine : ADNr).....	54
Humalog.....	54	Insuline (isophane) humaine biosynthétique	54
Humalog Mix	54	Insuline aspart.....	53
Humalog Mix 25	54	Insuline biosynthétique.....	54
Humatin.....	27	Insuline détémir.....	53
Humira	60, 77, 78, 94, 105	Insuline glargine	53
Humulin 20/80.....	54	Insuline glulisine.....	53
Humulin 30/70.....	54	Insuline humaine biosynthétique 20 % et isophane 80 %.....	54
Humulin-L.....	54	Insuline humaine biosynthétique 30 % et isophane 70 %.....	54
Humulin-N	54	Insuline intermédiaire	54
Humulin-R	54	Insuline lispro	54
Hycort.....	57	Insuline lispro biphasique.....	54
Hyderm	57	Intelence	26, 90
Hydralazine (chlorhydrate de)	34		
Hydrea	28		
Hydrochlorothiazide	44		
Hydrocortisone	51, 57, 70		
Hydrocortisone (acétate d')	57		

Interféron alfa-2a.....	28	Lamivudine.....	25
Interféron alfa-2b.....	28	Lamivudine/zidovudine.....	25
Interféron alfa-2b péguylé	26	Lamotrigine	38
Interféron alfa-2b péguylé/ribavarine.....	26	Lanoxin	33
Interféron beta 1-a.....	60	Lansoprazole.....	50
Interféron beta-1a.....	96	Lanthane (carbonate de).....	44
Interféron beta-1b.....	60, 96	Lantus	53, 67
Intron A	28	Lanvis.....	29
Invega Sustenna	41	Largactil	39
Invirase	25	Larmes artificielles	97
Iodochlorhydroxyquine/.....	75	Lasix.....	44
Iodoquinol (diodohydroxyquine)	27	Latanoprost	71
Ipratropium (bromure d')	30, 48	Latuda	40, 97
Irbesartan.....	70	Lax-A-Day	49
Isentress	25	Léflunomide	59, 97
Iséthionate de pentamidine	27	Lescol.....	69
isoniazide	12	Létrozole	28
Isoniazide.....	24	Leucovorine calcique	59
Isoptin	36	Leukeran	28
Isoptin SR	36	Leuprolide (acétate de)	28
Isopto Carbachol.....	47, 48	Levaquin	23
Isopto Carpine.....	48	Levemir	53
Isopto Homatropine.....	47	Lévétiracétam.....	38, 97
Isordil	34	Lévimir	67
Isosorbide (dinitrate d').....	34	Lévobunolol.....	71
Isosorbide 5-monohydrate d')	34	Lévocabastine	45, 71
Isotamine	24	Lévodopa/Bensérazide	42
Isotrétinoïne	58	Lévodopa/Carbidopa.....	42
Itraconazole	24	Lévofloxacine	23
Januvia.....	68	Lévonorgestrel	52
Kadian.....	37	Lévonorgestrel	52
Kadian.....	11	Lévothyroxine sodique	55
Kaletra.....	25	Lidocaïne	57
Kayexalate	44	Linagliptin	53, 97
Keflex	22	Linagliptine.....	68
Kemadrin.....	42	Lindane	56
Kenacomb.....	57	Linessa.....	52
Kenalog in orabase	57	Lioresal	31, 83
Kenalog-10.....	51	Liothyronine sodique.....	55
Kenalog-40.....	51	Lipase/amylase/protéase	49
Keppra	38, 97	Lipidil EZ	68
Kétoconazole	24, 63, 71	Lipidil Micro	33
Kétoprofène	71	Lipidil Supra	68
Kétorolac.....	37	Lipitor	34, 63
Kétorolac trométhamine	47	Lisdexamf/tamine dimesylate	41
Ketostix	43	Lisinopril.....	71
K-Exit	44	Lithium	10
Kivexa	24	Lithium (carbonate de)	42
Klean-Prep	49	Lithium (citrate de)	42
Kwellada P.....	56	Locacorten Vioform	46, 56
Labétalol (chlorhydrate de)	35	Lodoxamide (trométhamine de)	48
Lacosamide.....	38, 97	Loestrin 1,5/30	52
Lactulose.....	49	Lomustine	28
Lait de Magnésie.....	49	Loniten	34
Lamictal.....	38	Lopéramide (chlorhydrate de)	48
Lamisil.....	24, 56	Lopid	34

Lopinavir/ritonavir.....	25	Mesasal.....	62
Lopresor.....	35	Mestinon.....	29
Lopresor SR.....	35	Mestinon-SR.....	29
Loprox.....	55	Metamucil sans sucre.....	49
Loratadine.....	22, 71	Metformine (chlorhydrate de).....	53
Lorazépam.....	41	Méthadone.....	37
Losartan.....	71	Methazide.....	34
Losec.....	50	Methazolamide.....	48
Lotensin.....	70	Méthocarbamol.....	31
Lotriderm.....	71	Méthotrexate.....	29
Lovastatine.....	71	Méthotriméprazine.....	40
Lovenox.....	32	Méthoxsalen.....	58
Loxapac.....	40	Méthyl dopa.....	34
Loxapine (succinate de).....	40	méthylphénidate.....	11
Lozide.....	44	Méthylphénidate (chlorhydrate de).....	41
L-Tryptophane.....	10, 42, 97	Méthylprednisolone.....	51
Lumigan.....	62, 64	Méthylprednisolone (acétate de).....	51
Lupron Depot.....	28	Méthylprednisolone (acétate de)/Lidocaïne.....	51
Lurasidone.....	40, 97	Méthylprednisolone (succinate sodique de).....	51
Lutada.....	97	Métoclopramide.....	50
Luvox.....	39	Métolazone.....	44
Lyderm.....	69	Métoprolol (tartrate de).....	35
Lydex.....	69	MetroCrème.....	56
Lysodren.....	29	MetroGel.....	56
M.O.S.....	37	MetroLotion.....	56
MacroBID.....	27	Métronidazole.....	27, 56
Macrodantin.....	27	Métronidazole/nystatine.....	56
Macrogol/chlorure de potassium/bicarbonate de sodium/chlorure de sodium/sulfate de sodium.....	49	Mevacor.....	71
Magnésium (citrate de).....	49	Mexilétine.....	33
Magnésium (hydroxyde de).....	49	Mezavant.....	50, 62
Magnésium (oxyde de).....	43	Miacalcin.....	54, 84
Magnolax.....	49	Miconazole.....	56, 63, 71
Maléate d'indacatérol.....	30, 69, 72	Microlax.....	49
Maléate d'indacatérol +.....	30, 98	Micronor.....	53
Manerix.....	39	Midamor.....	44
Maprotiline HCl.....	39	Midazolam.....	41
Maraviroc.....	25, 98	Midodrine (chlorhydrate de).....	30
Marcaïne VL.....	55	Migranal.....	30
Marinol.....	49	Minestrin 1/20.....	52
Marvelon.....	52	Minipress.....	34
Materna.....	106	Minitran.....	34
Mavik.....	70	Minocin.....	23
Maxalt.....	73	Minocycline (chlorhydrate de).....	23
Maxeran.....	50	Min-Ovral.....	52
Maxidex.....	46	Minoxidil.....	34
Mébendazole.....	22	Mirapex.....	42
Medrol.....	51	Mirena.....	52
Médroxyprogestérone (acétate de).....	54	Mirtazapine.....	10, 39
Megace.....	28	Misoprostol.....	50
Mégestrol (acétate de).....	28	Mitotane.....	29
Meloxicam.....	37	Mobicox.....	37
Melphalan.....	28	Moclobémide.....	39
Mepron.....	27	Modecate.....	40, 90
Mercaptopurine.....	28	Modulon.....	60
Mesasal.....	50	Moduret.....	44
		Mofétilmycophénolate.....	59

Mometasone	66	Neurontin	38, 91
Mométasone	71	Nevenac	47
mométasone (furoate de)	30	Névirapine	25
Mométasone (furoate de)	71	Nexium	68
Monistat	56	Niaspan FCT	34
Monistat 3	56	Nicoumalone	32
Monistat 3 MCL	56	Nidagel	56
Monistat 7 MCL	56	Nifédipine	35
Monistat-Derm	56	Nifédipine PA	72
Monitan	35	Nilutamide	29
Monocor	35	Nitro-Dur	34
Monopril	70	Nitrofurantoïne	27
Montélukast	44, 98	Nitroglycérine	34
Morphine (sulfate de)	37	Nitrol	34
Morphine (sulfate de) SR	72	Nitrolingual Pompe	34
Motilium	49	Nitrostat	34
Motrin	36	Nix, Crème pour la peau	56
Moxifloxacin	23	Nizatidine	72
Multivitamines (prénatales)	59	Nizoral	24
Multivitamines complètes	59	Noréthidrone	53
Mupirocine	55	Norfloxacin	23
Mycobutin	24	Noroxin	23
Mycophénolate sodique	59	Nortriptyline (chlorhydrate de)	39
Mycostatin	24	Norvasc	35
Mydrin	47	Norvir Sec	25
Mydriacyl	47	Novolin ge 30/70	53
Myfortic	59	Novolin ge 40/60	53
Myleran	28	Novolin ge 50/50	53
Myochrysine	50	Novolin ge NPH	54
Mysoline	38	Novolin ge Toronto	54
nabilone	11	NovoRapid	53
Nabilone	50, 98	Nozinan	40
Nadolol	35	Nuvaring	52, 90
Nadroparine calcique	32	Nystatine	24, 57, 72
Nalcrom	45	Ocuflox	45
Naloxone	37	Ofloxacin	45
Naprosyn	37	Ogen	53
Naproxène	37, 72	Olanzapine	41
Naratriptan	72	Olmésartan	63
Narcan	37	Olopatadine	72
Nardil	39	Olsalazine sodique	50
Nasacort Aq	75	Olseltamavir (phosphate d')	26
Nasonex	67, 71	Oméprazole	50
Natalizumab	60, 98	Omnicor	64
Natéglinide	54	Onbrez	30, 64, 69, 72
Natulan	29	Ondansétron	100
Navane	40	Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d')	49
Nelfinavir (mésylate de)	25	One-Alpha	59
Neo-HC	57	Onglyza	53, 68
Néoral	58, 86	Opticrom	45
Neosporin	45, 72	Optimyxin	45
Néostigmine (bromure de)	29	Oracort	57
Nepafenac	47	Orap	40
Nerisone	67	Orbenin	23
Neulasta	33	Orencia	60, 77
Neupogen	33	Orinase	54

Ortho 0,5/35	52	Perméthrine	56
Ortho 7/7/7	52	Peroxyde de benzoyle/clindamycine	57
Ortho-Cept	52	Perphénazine	40
Orudis	71	Persantine	34
Os-Cal	43	Phénelzine (sulfate de)	39
Oseltamivir	100	Phenobarb	37
Ovral	52	Phénobarbital	37
Oxcarbazépine	38, 100	Phényléphrine (chlorhydrate de)	47
Oxeze	64	Phénytoïne	38
Oxeze Turbuhaler	72	Phosphate de Primaquine	27
Oxprenolol (chlorhydrate d')	35	Phospho soda fleet	49
Oxsoralen	58	Phyllocontin	58
Oxybutynin	63	Phytonadione	59
Oxybutynine (chlorure d')	58	Pico-Salax	48
Oxyde de magnésium	43	Pilocarpine	48
Palafer	31	Pilopine	48
Palipéridone	41	Pimécrolimus	58, 101
Pamoate de pyrantel	22	Pimozide	40
Pancrease	49	Pinavérium (bromure de)	30
Panoxyl – à base d'eau	57	Pindolol	35
Pantoloc	50	Pioglitazone	54, 101
Pantoprazole magnésien	72	Piportil L4	40
Pantoprazole sodique	50	Pipotiazine (palmitate de)	40
Pariet	50	Piroxicam	37
Parlodel	42	Plan B	52
Parnate	39	Plaquenil	27
Paromomycine (sulfate de)	27	Plavix	32
Paroxétine (chlorhydrate de)	39	Plendil	35
Paroxétine CR	72	PMS-Phosphates Solution	49
Patanol	72	Podofilox	57
Paxil	39	Polyéthylèneglycol/chlorure de potassium/bicarbonate de soude/chlorure de sodium/sulfate de sodium	49
Pegasys	26	Polymyxine B (sulfate de)/sulfate de triméthoprime	45
Pegasys Proclick	26	Polysporin	45, 55
Pegasys RBV	26	Polystyrène calcique (sulfonate de)	43
Pegetron	26	Polystyrène sodique (sulfonate de)	44
Pegetron Repiden	26	Polytrim	45
Pegfilgrastim	33	Ponstan	37
peg-interféron	12	Pontocaine injection	57
Peginterféron alfa-2a	26	Portia	52
Peginterféron alfa-2a/ ribavirine	26	Potassium (chlorure de)	43
PegLyte	49	Pradaxa	31, 86
Pen VK	23	Pramipexole (dichlorhydrate de)	42
Pénicillamine	50	Prandase	53
Pénicilline G benzathine	23	Pravachol	73
Pénicilline V potassique	23	Pravastatine	73
Pentamidine	27	Praziquantel	22
Pentamycetin	45	Prazosine (chlorhydrate de)	34
Pentasa	50	Pred Forte	46
Pentasa	50	Pred Mild	46
Pentosan sodique (polysulfate de)	59	Prednisolone (acétate de)	46
Pentoxifylline	33	Prednisolone (acétate de)/sulfacétamide sodique	46
Pepcid	68	Prednisone	51
Pérampanel	41, 100	Premarin	53
Perichlor	47	Prevacid	50
Peridex	47	Prezcobix	24
Perindopril	73		

Prezista	24	Resonium Calcium	43
Primaquine	27	Retin-A (à base d'eau)	57
Primidone	38	Retrovir	25
Probénécide	44	Reyataz	24
Procaïnamide (chlorhydrate de)	33	Rhotral	35
Procan SR	33	ribavirin	12
Procarbazine (chlorhydrate de)	29	Ridaura	50
Prochlorpérazine	40	rifabutine	12
Proctofoam-HC	57	Rifabutine	24
Procyclidine (chlorhydrate de)	42	Rifadin	24
Procytox	28	rifampicine	12
Proglycem	34	Rifampine	24
Prograf	60	Rifaximin	24, 102
Prolopa	42	Rilpivirine	25
Propafénone (chlorhydrate de)	33	Rilpivirine, emtricitabine, tenofovir	25
Propranolol (chlorhydrate de)	35	Rilutek	43
Propylthiouracile	55	Riluzole	43
Proscar	59	Risétronate	73
Prostigmin	29	Risperdal	41
Protopic	58, 105	Risperdal Consta	41
Provera	54	Rispéridone	41
Prozac	39	Ritalin	41
Psyllium (muciloïde hydrophile de)	49	Ritonavir	25
Pulmicort	66	Rituxan	29, 102
Pulmicort Nebuamp	51	Rituximab	29, 102
Purinethol	28	Rivaroxaban	32, 102
pyrazinamide	12	Rivastigmine	29, 103
Pyrazinamide	24	Rivotril	38
Pyridostigmine	29	Rizatriptan	73
pyridoxine	12	Robaxin	31
Pyridoxine	59, 106	Rocaltrol	59
Pyriméthamine	27	Rofact	24
Questran Léger	33	Roferan-A	28
Quétiapine	41, 101	Ropinirole (chlorhydrate de)	42
Quinapril	73	Rosiglitazone	73
Quinine	27	Rosuvastatine	34, 73
Qvar	66	Rovamycine	23
Rabéprazole sodique	50	Rubramin, vitamine B12	58
Raloxifène	53, 102	Rythmodan	33
Raltégravir	25	Rythmodan-LA	33
Ramipril	36	Rythmol	33
Ranitidine (chlorhydrate de)	50	Sabril	38
Rapamune	60	Salazopyrin	23
Réactine	22	Salbutamol	30
Rebif	60, 96	Salbutamol	73
Reglan	50	Salmeterol	64
Relenza	26, 106	Salmétérol	64
Relpax	68	Salofalk	62
Remeron	39	Saphris	40, 82
Remicade	60, 94	Saquinavir (mésylate de)	25
Reminyl	29	Saxagliptin	53
Reminyl ER	91	Saxagliptine	68
Renagel	44, 103	Scopolamine	30
Repaglinide	54	Sectral	35
Replavite WNP	106	Seebri	45, 62, 74
Requip	42	Select 1/35	52

Sélégiline (chlorhydrate de)	43	Strattera	10, 43
Sennosides	49	Stress Plex C Jam.....	106
Senokot.....	49	Stresstabs	106
Senokot S	74	Stribild	25, 86
Septra	23	Suboxone.....	37, 84
Septra DS	23	Sucralfate.....	50
Serc.....	59	Sulamyd.....	45
Serevent.....	64	Sulcrate.....	50
Seringue.....	60	Sulfacétamide sodique.....	45
Seroquel.....	41, 101	Sulfaméthoxazole.....	23
Seroquel XR.....	74	Sulfaméthoxazole/Triméthoprim.....	23
Sertraline.....	39	Sulfasalazine.....	23
Sevelamer (chlorhydrate de).....	44, 103	Sulfate d'atropine monohydraté	29
Sibelium	59	Sulfate de fer.....	31
Simbrinza.....	47, 84	Sulfate de néomycine/acétonide de triamcinolone/gramicidine	57
Siméprevir	27	Sulfapyrazone	44
siméprévir	12	Sulfonate de polystyrène.....	44
Siméprévir	103	Sumatriptan (hémisulfate de).....	42
Simponi	91	Sumatriptan (succinate de)	42
Simvastatine.....	34, 74	Sunitinib (malate de)	29
Sinemet.....	42	Suprax.....	22
Sinequan	39	Suprefact.....	27
Singulair.....	44, 98	Suprefact Depot	27
Sintrom.....	32	Surmontil.....	39
Sirolimus	60	Sustiva	25
Sirop avec codéine.....	37	Sutent.....	29
Sitagliptine	68	Symbicort	66
Slow-K.....	43	Symbicort Turbuhaler.....	30
Sodium (citrate de)/ laurylsulfoacétate de sodium/sorbitol.....	49	Symmetrel	24
Sodium dibasique (phosphate de)/phosphate de sodium monobasique.....	49	Synalar	69
sofosbuvir.....	12	Synphasic	52
Sofosbuvir	27, 103	Synthroid.....	55
Sofosbuvir + ledipasvir	27	Tacrolimus	60, 105
Sofracort oph./ot.....	46	Tacrolimus (protopic)	58
Solifenacin	63	Tagamet.....	65
Solu-Cortef.....	51	Tambocor.....	33
Solu-Medrol.....	51	Tamiflu	26, 100
Soriatane.....	58	Tamoxen	29
Sotacor.....	35	Tamoxifène (citrate de)	29
Sotalol (chlorhydrate de)	35	Tamsulosine (chlorhydrate de).....	34
Sovaldi	27, 103	Tantum	47, 83
Spiramycine	23	Tapazole	55
Spiriva	74	Tarceva	28
Spironolactone	36	Tazarotène	58
Spironolactone/hydrochlorothiazide	44	Tazorac	58
Sporanox.....	24	Tebrazyd	24
Starlix	54	Tecfidera	43, 90
Statex.....	37	Tecta	72, 74
Stavudine	25	Tegretol.....	38
Stelara.....	60, 105	Tegretol CR.....	38
Stelazine	40	Telmisartan	74
Stémétil	40	Telzir	25
Stieva-A (à base d'eau).....	57	Témodal	29, 105
Stievamycin.....	56	Témozolomide.....	29, 105
		Ténofovir disoproxil, (fumarate de).....	25

Tenorectic	35	Trelstar LA	29
Tenormin	35	Trental	33
Térazosine (chlorhydrate de)	35	Trétinoïne	29, 57
Terbinafine (chlorhydrate de)	24, 56	Triamcinolone.....	75
Terbutaline	74	Triamcinolone (acétonide de).....	51, 57, 75
Terconazole	74	Triamcinolone (diacétate de).....	51
Testostérone	52, 105	Triamcinolone (hexacétonide de).....	51
Tétracaïne	57	Triamtérène/hydrochlorothiazide.....	44
Tétracycline (chlorhydrate de).....	23	Tri-Cyclen.....	52
Tetracyn	23	Tri-Cyclen LO.....	52
Teva-5ASA.....	50, 62	Tridesilon	56
Teveten	68	Trifluopérazine (chlorhydrate de)	40
Theolair	58	Trifluridine	46
Théophylline.....	58	Trihexyphénidyle (chlorhydrate de)	42
Thiamazole	55	Trilafon	40
Thiamine	59, 106	Trileptal	38, 100
Thiothixène	40	Trimébutine (maléate de).....	60
Thyrogen	43	Triméthoprimé.....	27
Thyrotropine alfa	43	Trimipramine (maléate de)	39
Ticlid.....	32	Triptoréline (pamoate de).....	29
Ticlopidine (chlorhydrate de).....	32	Triquilar	52
Timolol	74	Triumeq.....	25
Timolol (maléate de)	35, 47	Trizivir	24
Timolol (maléate de)/lantanoprost.....	48	Tropicamide	47
Timolol (maléate de)/travoprost.....	47	Tropium	63
Timolol Maleate-EX.....	47	Trusopt.....	48
Timoptic	47, 74	Truvada	25
Timoptix-XE.....	47	Tryptan	42, 97
Tinzaparine sodique.....	32	Thioguanine	29
Tiotropium	74	Tudorza Genuair	62
Tipranavir	25	Tylenol	37, 62
Tivicay.....	24	Tylenol 2	62
Tizanidine (chlorhydrate de).....	31, 105	Tylenol 3	62
Tobradex.....	46	Tylenol n° 2	37
Tobramycine	46	Tylenol n° 2	11
Tobrex.....	46	Tylenol n° 3	37
Tocilizumab	60	Tylenol n° 3	11
Tolbutamide	54	Tysabri	60, 98
Tolterodine	63	Uloric.....	60, 90
Toltérodone	58	Ultibro Breezhaler	30, 75
Topamax	38	Ultramop	58
Topicort.....	67	Ultrase.....	49
Topiramate.....	38	Uniphyll	58
Toradol.....	37	Unitron PEG.....	26
Toviaz	58, 90	Uremol HC	57
Trajenta.....	53, 68, 97	Urispas.....	58
Trandate.....	35	Urso	49
Trandolapril	74	Ursodiol.....	49
Transderm-Nitro	34	Ustekinumab	60, 105
Tranlycypromine (sulfate de).....	39	Vagifem.....	53
Trasacor.....	35	Valacyclovir (chlorhydrate de).....	26
Travatan.....	48	Valcyte	27
Travoprost.....	48	Valganciclovir (chlorhydrate de).....	27
Trazodone (chlorhydrate de).....	39	Valisone	56
Trelstar	29	Valisone-G	56
		Valium	41

Valsartan.....	36	Winpred.....	51
Valtrex.....	26	Xalacom.....	48
Vancocin.....	24	Xalatan.....	62, 71
Vancomycin (chlorhydrate de).....	24	Xamiol, shampooing.....	75
Vasotec.....	68, 70	Xarelto.....	32, 102
Venlafaxine (chlorhydrate de).....	39	Xatral.....	34, 81
Ventolin.....	30	Xeloda.....	28
Ventolin.....	73	Xylocaine en gelée.....	57
Vepesid.....	28	Xylocaine visqueuse.....	57
Vérapamil.....	36, 75	Yasmin.....	52
Vermox.....	22	Zafirlukast.....	75
Vesanoid.....	29	Zanaflex.....	31, 105
Vesicare.....	63	Zanamivir.....	26, 106
VFEND.....	24, 106	Zantac.....	50
Viaderm-K.C.....	57	Zarontin.....	38
Vibramycin.....	23	Zaroxolyn.....	44
Victrelis.....	27	Zaxine.....	24, 102
Videx EC.....	24	Zeldox.....	41, 106
Vigabatrin.....	38	Zenhale.....	30, 66
Vimpat.....	38, 97	Zerit.....	25
Vincristine.....	29	Zestril.....	70, 71
Vioform HC.....	75	Ziagen.....	24
Viracept.....	25	Zidovudine.....	25
Viramune.....	25	Ziprasidone.....	41, 106
Viread.....	25	Zithromax.....	23
Viroptic.....	46	Zocor.....	34, 74
Visken.....	35	Zofran.....	49, 100
Vitamine A.....	58	Zoladex.....	28
Vitamine B1.....	106	Zoladex LA.....	28
Vitamine B6.....	59, 106	Zolmitriptan.....	75
Vitamine D.....	59, 106	Zoloft.....	39
Vitamine K1.....	59	Zomig.....	75
Vitamines/Minéraux.....	106	Zovirax.....	26
Voltaren.....	36, 46	Zuclopenthixol (acétate de).....	40
Voriconazole.....	24, 106	Zuclopenthixol (décanoate de).....	40
Vyvanse.....	11, 41	Zuclopenthixol dihydrochloride.....	40
Warfarine sodique.....	32	Zyban.....	38
Wartec.....	57	Zyloprim.....	59
Wellbutrin.....	38, 64, 84	Zyprexa.....	41
Wellbutrin XL.....	64	Zyprexa IM.....	41
Westcort.....	70	Zyprexa Zydis.....	41