

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

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

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



#### Section 1 – Renseignements sur le demandeur

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

#### Section 2 – Renseignements sur le patient

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

#### Section 3 – Médicament demandé

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

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

Nicotine      Nombre de timbres par jour : \_\_\_\_\_  
Durée prévue du traitement : \_\_\_\_\_

#### Section 4 – Renseignements thérapeutiques

**Comprimés de bupropion additionnels**

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

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

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

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

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

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

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

#### Section 5 - Signature du demandeur

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

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