

AIDE MÉMOIRE DES CODES DE MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

Voici les codes les plus souvent utilisés par les omnipraticiens

Codes à inscrire directement sur l'ordonnance. Il devient ainsi la justification du médicament d'exception utilisé. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à prendre connaissance de la liste de la RAMQ. Si il y a disparité entre les deux documents, le document de la RAMQ fait office de norme sur les indications acceptées par la Régie. En cas de doute, communiquez avec la Régie au 418-643-8210

Nom	Code	AI - Anti-infectieux - Systémique ou topique
Diflucan (Suspension orale)	AI8	Pour le traitement de la candidose oesophagienne
	AI9	Pour le traitement de la candidose oropharyngée
	AI10	Pour le traitement d'autres mycoses
Dalacin C	AI6	Pour le traitement de la vaginose bactérienne lors du premier trimestre de la grossesse
	AI7	Dans les cas où le Métronidazole intravaginal est inefficace, contre-indiqué ou non toléré
Nidagel	AI11	Pour le traitement de la vaginose bactérienne lors du deuxième ou troisième trimestre de la grossesse
	AI12	Intolérance au Métronidazole par voie orale

Nom	Code	CV - Système Cardiovasculaire
Ézétimibe*	CV99	Lorsque l'ézétimibe n'est pas utilisé en association avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine)
Ezetrol	CV100	Lorsque l'ézétimibe est utilisé en association avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine)
Plavix * Codification partielle	CV18	Pour prévenir manifestations vasculaires ischémiques, en association avec l'AAS pour les personnes pour lesquelles une angioplastie avec ou sans endoprothèse a été effectuée (Autorisation de 12 mois)
	CV19	Seconde angioplastie avec ou sans prothèse coronarienne

Nom	Code	DE - Dermatologie
Elidel	DE56	Pour le traitement d'une dermatite atopique chez l' enfant lors d'un échec à un traitement par un corticostéroïde topique
Protopic	DE56	
	DE57	Pour le traitement d'une dermatite atopique chez l' enfant lors d'un échec à au moins 2 traitements avec un corticostéroïde topique différent.
Retin A crème ou gel*	DE20	Pour le traitement de l'acné
Stieva-A crème, gel ou solution*	DE21	Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un kératolytique
Stieva-A Forte crème*		
Vitamin A Acid crème et gel*		

* Consulter la remarque particulière de la RAMQ

AIDE MÉMOIRE DES CODES DE MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

Nom	Code	EN - Endocrinologie
Amaryl	EN23	Pour traiter le diabète si autre sulfo inefficace ou intoléré
Diamicron (MR)	EN23	
	EN24	Pour le traitement de personnes non insulino-dépendantes présentant une insuffisance rénale
GlucNorm	EN24	
	EN25	Lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non-tolérée ou inefficace
Humalog Mix 25 Insuline Lispro Novo Mix 30 Insuline Aspart	EN22	Pour le traitement du diabète si un essai d'un pré-mélange d'insuline 20/80 ou 30/70 n'a pas permis de contrôler le profil glycémique sans causer d'hypoglycémie
Avandamet* (TZD + Metformine)	EN81	Pour personne souffrant de diabète Type 2 sous traitement avec metformine + TZD (thiazolidinedionne) à <u>des doses quotidiennes stables depuis au moins 3 mois</u> . Doivent répondre aux exigences de paiement des TZD.
Mégace *	EN82	Intolérance, inefficacité ou contre-indication aux progestatifs oraux.

Nom	Code	GI - Gastro-intestinal
Bisacodyl		
Calax (docusate de calcium) Fleet, Fleet huileux, fleet pédiatrique		
Glycérine		
Lactulose	GI27	Pour le traitement de la constipation reliée à une pathologie
Lait de magnésie	GI28	Pour le traitement de la constipation reliée à la prise de médicaments
Lansoyl (& sans sucre) (Huile minérale) Microlax Selax (docusate Na+) Sennosides Senokot		
Psyllium	GI27 GI28 GI30	Pour le traitement de diarrhées chroniques

Nom	Code	GU - Système génito-urinaire
Detrol, Detrol LA Trosec Vesicare	GU33	Pour traiter l'hyperactivité vésicale si l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace
Ditropan XL Oxytrol	GU32	Pour traiter l'hyperactivité vésicale si l'oxybutynine à libération immédiate est mal tolérée

* Consulter la remarque particulière de la RAMQ

AIDE MÉMOIRE DES CODES DE MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

Nom	Code	GY - Gynécologie
Estracomb Estalis 140/50 ou 250/50	GY35	Traitement transdermique pour traiter les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes ou de progestatifs par voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique.
Estalis-Sequi 140/50 ou 250/50		
Climara (25,50,75,100) Estraderm (25,50,100)	GY34	Traitement transdermique pour traiter les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes par voie orale en raison d'intolérance.
Estradot Estrogel		
Prometrium	GY36	Intolérance importante à l'acétate de médroxyprogestérone (Provéra)

Nom	Code	OP - Ophtalmologie
Cosopt sans préservateur	OP91	Lors d'intolérance importante à deux antiglucomateux topiques, à moins d'une justification pertinente empêchant ces exigences.
Isopto Tears * Lacrilube * Refresh * Refresh Tears (Plus)*	OP40	Pour le traitement de la kératoconjonctivites sèche ou autres conditions graves accompagnées de diminution marquée de la production de larmes.
Voltaren ophta		
	OP 38	Pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués.

Nom	Code	RE - Système respiratoire
Advair (125,250)	RE41	Pour traiter l'asthme si non contrôlé par les corticostéroïdes en inhalation
Advair diskus (100,250,500)		
Symbicort (100,200) Symbicort turbuhaler	RE42	Pour MPOC modérée ou grave si contrôle insuffisant avec B-2 courte action + B-2 longue action + anticholinergique

Nom	Code	SN - Système nerveux autonome ou central
Adderall XR* Concerta* Co. L.A. (12 h) Biphentin* Caps. L.A.	SN103	Pour le traitement des enfants et adolescents avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou la dexampétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.
Alertec*		
Codéine Sirop *	SN61	Pour le traitement de la douleur pour ceux qui ne peuvent recevoir les comprimés
Risperdal Consta	SN94	Pour la personne qui présente un problème d'observance avec la prise d'un antipsychotique oral
	SN95	Pour la personne chez qui l'administration d'un antipsychotique injectable conventionnel à action prolongée est inefficace ou mal toléré.

Nom	Code	VA- Varia
Enfamil Enfacare A+, Similac advance Neosure	VA104	Pour les nourrissons dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 1 800 g ou qui sont nés après 34 semaines de grossesse ou moins. Dans ce cas, la durée maximale de l'autorisation sera jusqu'à l'âge corrigé d'un an, c'est-à-dire un an après la date prévue de la naissance.

* Consulter la remarque particulière de la RAMQ