

PROGRAMME DE PRÉVENTION DES GROSSESSES

Principe Actif	Principes / Nom commercial	Indication	Prescription initiale	Renouvellement	Contraception						Test de grossesse			Accord de soin	Guide/ carnet patient	Délivrance		
					Femme				Homme		avant de débuter le traitement	pendant le traitement	après l'arrêt du traitement			Délais max entre prescription et délivrance	Vérification test de grossesse négatif	Autre vérification
					Nombre de contraception	Avant de débuter le traitement	Pendant le traitement	Après l'arrêt du traitement	Pendant le traitement	Après l'arrêt du traitement								
Acitrétine	Soriatane®	<ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis sévère • Dermatoses (troubles sévères de la kératinisation) • Lichen-plan sévère 	Dermatologue	Non restreint pendant 1 an	1 ou 2	1 mois	oui	3 ans	-	-	≤ 3 jours	tous les mois (recommandé)	tous les 1 à 3 mois pendant 3 ans	oui	oui	7 jours	oui	<ul style="list-style-type: none"> • Carnet patient • Délivrance < 30 j • Contraception • Compléter la carte patiente • Avertir de la CI de la prise d'alcool
Alitrétinoïne	Toctino®	Eczéma chronique sévère des mains	Dermatologue	Non restreint pendant 6 mois	1 ou 2	1 mois	oui	1 mois	-	-	≤ 3 jours	tous les mois (recommandé)	1 mois	oui	oui	7 jours	oui	<ul style="list-style-type: none"> • Carnet patient • Délivrance < 30 J • Contraception • Compléter la carte patiente
Fingolimod	Gylenia®	Sclérose en plaque	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalière • Neurologue • Neuropédiatre 	Non restreint pendant 1 an	1	-	oui	2 mois	-	-	oui	oui	-	-	oui	-	-	-
Hydroxycarbamide	Hydrea®	<ul style="list-style-type: none"> • Leucémies myéloïdes chroniques • Polyglobulie primitive • Thrombocytémie essentielle 		Non restreint	1	-	oui	6 mois	oui	3 mois	oui	-	-	-		3 mois	-	-
	Siklos®	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention des crises vaso-occlusives douloureuses récurrentes dans la drépanocytose symptomatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalière • Hématologue • Pédiatrie • Médecine interne 	Non restreint pendant 1 an	1	-	oui	6 mois	oui	3 mois	oui	-	-	-	oui	3 mois	-	-

PROGRAMME DE PRÉVENTION DES GROSSESSES

Principe Actif	Principes / Nom commercial	Indication	Prescription initiale	Renouvellement	Contraception						Test de grossesse			Accord de soin	Carnet patient	Délivrance		
					Femme			Homme			avant de débuter le traitement	pendant le traitement	après l'arrêt du traitement			Délais max entre prescription et délivrance	Vérification test de grossesse négatif	Autre vérification
					Nombre de contraception	Avant de débuter le traitement	Pendant le traitement	Après l'arrêt du traitement	Pendant le traitement	Après l'arrêt du traitement								
Isotrétinoïne	<ul style="list-style-type: none"> Acnetrait® Gé Contracne® Gé Curacne® Gé Procuta® Gé 	Acné	• Dermatologue	Non restreint	1 ou 2	1 mois	oui	1 mois	-	-	≤ 3 jours	tous les mois	1 mois	oui	oui	7 jours	oui	<ul style="list-style-type: none"> Carnet patient Délivrance < 30 j Contraception Compléter la carte patiente
Lénalidomide	Revlimid®	<ul style="list-style-type: none"> Myélome multiple Syndrome myelodysplasique Lymphome à cellule du manteaux Lymphome folliculaire 	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalière Hématologue Oncologue Cancérologue 	Restreint	1	1 mois	oui	1 mois	oui	7 jours	≤ 3 jours	tous les mois	1 mois	oui	oui	7 jours	oui	<ul style="list-style-type: none"> Carnet patient Si prescription initiale : Fiche de recueil à compléter et signer
Mitoxantrone	<ul style="list-style-type: none"> Novantrone® Eelsep® 	<ul style="list-style-type: none"> Cancer du sein métastatique Lymphome non hodgkinien LMA, LMC SEP Cancer prostate 	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalière Hématologue Neurologue Cancérologue Oncologue 	Restreint	1	-	oui	4 mois	oui	6 mois	oui	oui	-	oui	oui	-	-	-
Mycophénolate	<ul style="list-style-type: none"> Cellcept® Myfortic® 	Greffe (rejet)	• Hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> pendant 6 mois pour Cellcept® pendant 1 an pour Myfortic® 	1 ou 2	-	oui	6 semaines	oui	3 mois	oui (2 tests négatif à 8-10 j d'intervalle)	oui	-	oui	oui	-	-	<ul style="list-style-type: none"> Accord de soin
Pomalidomide	Imnovid®	Myélome multiple	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalière Hématologue Oncologue Cancérologue 	Restreint	1	1 mois	oui	1 mois	oui	7 jours	≤ 3 jours	tous les mois	1 mois	oui	oui	7 jours	oui	<ul style="list-style-type: none"> Carnet patient Accord de soin
Sonidégib	Odomzo®	Carcinome basocellulaire	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalière Cancérologue, Oncologue médical 	Restreint	2	-	oui	20 mois	oui	6 mois	7 jours	tous les mois	-	formulaire de vérification des conseils	oui	7 jours	oui	<ul style="list-style-type: none"> Carnet patient
Térfunomide	Aubagio®	Sclérose en plaque	Neurologue	Restreint	1	-	oui	Oui si quantité de teriflunomide dans le sang > 0,02mg/l 8 mois à 2 ans	-	-	oui	-	-	-	-	-	-	-

PROGRAMME DE PRÉVENTION DES GROSSESSES

Principe Actif	Principes / Nom commercial	Indication	Prescription initiale	Renouvellement	Contraception						Test de grossesse			Accord de soin	Carnet patient	Délivrance		
					Femme				Homme		avant de débuter le traitement	pendant le traitement	après l'arrêt du traitement			Délais max entre prescription et délivrance	Vérification test de grossesse négatif	Autre vérification
					Nombre de contraception	Avant de débuter le traitement	Pendant le traitement	Après l'arrêt du traitement	Pendant le traitement	Après l'arrêt du traitement								
Thalidomide	Thalidomide®	Myélome multiple	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalière Hématologue Oncologue Cancérologue 	Restreint	1	1 mois	oui	1 mois	oui	7 jours	≤ 3 jours	tous les mois	1 mois	oui	oui	7 jours	oui	<ul style="list-style-type: none"> Carnet patient Accord de soin
Topiramate	Epitomax®	<ul style="list-style-type: none"> Epilepsie Migraine 	<ul style="list-style-type: none"> Neurologue Pédiatre Hospitalière semestrielle 	Non restreint	1 ou 2	-	oui	1 mois	-	-	oui	-	-	oui	oui	-	-	<ul style="list-style-type: none"> Accord de soin Prescription initiale annuelle
Valproate	<ul style="list-style-type: none"> Depakine® Dépakine chrono® Micropakine® Depakote® 	<ul style="list-style-type: none"> Epilepsie 	<ul style="list-style-type: none"> Neurologue Pédiatre 	Non restreint pendant 1 an	1 ou 2	-	oui	1 mois	-	-	oui	tous les mois (recommandé)	1 mois	oui	oui	-	oui	<ul style="list-style-type: none"> Accord de soin Ordonnance du spécialiste et ordonnance de renouvellement Remettre la carte patiente S'assurer que la patiente a la brochure patiente
Valpromide et Divalproate de sodium	<ul style="list-style-type: none"> Depakote® Depamide® 	<ul style="list-style-type: none"> Bipolarité 	<ul style="list-style-type: none"> Psychiatre Pédiatre 															
Vismodégib	Erivedge®	Carcinome basocellulaire	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalière Oncologue 	Restreint	2	-	oui	2 ans	oui	2 mois	7 jours	tous les mois	-	oui	oui	7 jours	oui	<ul style="list-style-type: none"> Carnet patient



Pour vous informer sur les médicaments :
<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>



Pour déclarer tout effet indésirable :
www.signalement-sante.gouv.fr

