
THE PRESCRIPTION DRUGS COST ASSISTANCE
ACT
(C.C.S.M. c. P115)

Specified Drugs Regulation, amendment

Regulation 112/2012
Registered August 21, 2012

Manitoba Regulation 6/95 amended
1 The *Specified Drugs Regulation, Manitoba Regulation 6/95*, is amended by this regulation.

2 The part of Schedule A before Part 1 is replaced with the following:

Effective September 24, 2012

3(1) Part 1 of Schedule A is amended by adding the following specified drugs in alphabetical order:

- ACCU-CHEK MOBILE CASSETTE TO A MAXIMUM OF 4,000 TESTS PER BENEFIT YEAR
- APO-LAMIVUDINE - 150 AND 300 MG TABLETS
- APO-LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE - 150/300 MG TABLETS
- APO-LETROZOLE - 2.5 MG TABLETS
- BENAZEPRIL (AA PHARMA) - 5, 10 AND 20 MG TABLETS
- BG STAR BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS - TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR
- BG STAR LANCETS
- BIONIME RIGHTEST GS100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS - TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR

LOI SUR L'AIDE À L'ACHAT DE MÉDICAMENTS
SUR ORDONNANCE
(c. P115 de la C.P.L.M.)

Règlement modifiant le Règlement sur les médicaments couverts

Règlement 112/2012
Date d'enregistrement : le 21 août 2012

Modification du R.M. 6/95
1 Le présent règlement modifie le *Règlement sur les médicaments couverts, R.M. 6/95*.

2 Le passage de l'annexe A qui précède la partie 1 est remplacé par ce qui suit :

Entre en vigueur le 24 septembre 2012

3(1) La partie 1 de l'annexe A est modifiée par adjonction des médicaments couverts suivants :

- ACCU-CHEK MOBILE, CASSETTE - MAXIMUM DE 4 000 TESTS PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- APO-LAMIVUDINE - 150 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- APO-LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE - 150/300 MG, COMPRIMÉS
- APO-LETROZOLE - 2.5 MG, COMPRIMÉS
- BENAZEPRIL (AA PHARMA) - 5, 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- BG STAR, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE - MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- BG STAR, LANCETTES
- BIONIME RIGHTEST GS100, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE - MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION

- CO CLOPIDOGREL – 75 MG TABLETS
- CO LOSARTAN – 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- CONTOUR NEXT BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS – TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR
- DEXAMETHASONE PHOSPHATE – 4MG/ML INJECTION (SANDOZ)
- GD-ATORVASTATIN – 10, 20, 40 AND 80 MG TABLETS
- GD-GABAPENTIN – 100, 300 AND 400 MG CAPSULES
- GD-GABAPENTIN – 600 MG TABLETS
- GD-LATANOPROST – 0.005% OPHTHALMIC SOLUTION
- GD-MIRTAZAPINE OD – 15, 30 AND 45 MG TABLETS
- GD-SERTRALINE – 25, 50 AND 100 MG CAPSULES
- GD-TERBINAFINE – 250 MG TABLETS
- GD-TOPIRAMATE – 25, 100 AND 200 MG TABLETS
- GD-VENLAFAXINE XR – 37.5, 75 AND 150 MG CAPSULES
- MEDISURE BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS – TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR
- MINT-FLUOXETINE – 10 AND 20 MG CAPSULES
- MYL-LETROZOLE – 2.5 MG TABLETS
- MYLAN-BISOPROLOL – 5 AND 10 MG TABLETS
- NOVA MAX PLUS KETONE TEST STRIPS
- NOVO-5-ASA – 400 MG TABLETS
- ONE TOUCH VERIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS – TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR
- PHENOBARB ELIXIR
- PMS-NABILONE – 0.5 AND 1 MG CAPSULES
- PMS-RISPERIDONE ODT – 1, 2, 3 AND 4 MG TABLETS
- RAN-NABILONE – 0.5 AND 1 MG CAPSULES
- RAN-RANITIDINE – 150 AND 300 MG TABLETS
- RAN-ROSUVASTATIN – 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- RAPID RESPONSE BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS – TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR
- CO CLOPIDOGREL – 75 MG, COMPRIMÉS
- CO LOSARTAN – 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- CONTOUR NEXT, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE – MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE DE) – 4MG/ML, INJECTION (SANDOZ)
- GD-ATORVASTATIN – 10, 20, 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- GD-GABAPENTIN – 100, 300 ET 400 MG, CAPSULES
- GD-GABAPENTIN – 600 MG, COMPRIMÉS
- GD-LATANOPROST – 0,005 %, SOLUTION OPHTALMIQUE
- GD-MIRTAZAPINE OD – 15, 30 ET 45 MG, COMPRIMÉS
- GD-SERTRALINE – 25, 50 ET 100 MG, CAPSULES
- GD-TERBINAFINE – 250 MG, COMPRIMÉS
- GD-TOPIRAMATE – 25, 100 ET 200 MG, COMPRIMÉS
- GD-VENLAFAXINE XR – 37,5, 75 ET 150 MG, CAPSULES
- MEDI+SURE, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE – MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- MINT-FLUOXETINE – 10 ET 20 MG, CAPSULES
- MYL-LETROZOLE – 2,5 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-BISOPROLOL – 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- NOVA MAX PLUS (KETONE), BANDELETTES
- NOVO-5-ASA – 400 MG, COMPRIMÉS
- ONE TOUCH VERIO, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE – MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- PHENOBARB, ÉLIXIR
- PMS-NABILONE – 0,5 ET 1 MG, CAPSULES
- PMS-RISPERIDONE ODT – 1, 2, 3 ET 4 MG, COMPRIMÉS
- RAN-NABILONE – 0,5 ET 1 MG, CAPSULES
- RAN-RANITIDINE – 150 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- RAN-ROSUVASTATIN – 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- RAPID RESPONSE, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE – MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION

- SANDOZ ENTACAPONE – 200 MG TABLETS
- SANDOZ TAMSULOSIN CR – 0.4 MG TABLETS
- SIMVASTATIN-ODAN – 5, 10, 20, 40 AND 80 MG TABLETS
- TARO-CARBAMAZEPINE – 100 MG/5 ML SUSPENSION
- TARO-MOMETASONE – 0.1% CREAM
- TARO-MOMETASONE – 0.1% LOTION
- TEVA-ALFUZOSIN PR – 10 MG TABLETS
- TEVA-ENTACAPONE – 200 MG TABLETS
- TEVA-LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE – 150/300 MG TABLETS
- TEVA-NABILONE – 0.5 AND 1 MG CAPSULES
- TEVA-SALBUTAMOL HFA – 100 MCG INHALER
- TEVA-TAMSULOSIN CR – 0.4 MG TABLETS
- ULTICARE 32G(4MM) PEN NEEDLE
- XYLAC – 25MG/ML ORAL SOLUTION
- ZOPICLONE (SANIS) – 7.5 MG TABLETS

- SANDOZ ENTACAPONE – 200 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ TAMSULOSIN CR – 0,4 MG, COMPRIMÉS
- SIMVASTATIN-ODAN – 5, 10, 20, 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- TARO-CARBAMAZEPINE – 100 MG/5 ML, SUSPENSION ORALE
- TARO-MOMETASONE – 0,1 %, CRÈME
- TARO-MOMETASONE – 0,1 %, LOTION
- TEVA-ALFUZOSIN PR – 10 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-ENTACAPONE – 200 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE – 150/300 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-NABILONE – 0,5 ET 1 MG, CAPSULES
- TEVA-SALBUTAMOL HFA – 100 MCG, AÉROSOL INHALATEUR
- TEVA-TAMSULOSIN CR – 0,4 MG, COMPRIMÉS
- ULTICARE – 32G (4MM), AIGUILLES POUR STYLO INJECTEUR
- XYLAC – 25MG/ML, SOLUTION ORALE
- ZOPICLONE (SANIS) – 7,5 MG, COMPRIMÉS

3(2) Part 1 of Schedule A is amended by striking out the following specified drugs:

- APO-BENAZEPRIL
- ASTRA NEBULIZER
- CODEINE PHOSPHATE SYRUP AND TABLETS
- DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLUTION AND INJECTION
- DILAUDID XP
- ELDEPRYL
- METHYLPREDNISOLONE ACETATE
- MYLAN-AMILAZIDE
- MYLAN-TIMOLOL
- NU-ACEBUTOLOL TABLETS
- NU-ACYCLOVIR TABLETS
- NU-AMILZIDE
- NU-AMOXI CAPSULES AND SUSPENSION
- NU-ATENOL
- NU-BACLO
- NU-BECLOMETHASONE – 0.05% NASAL SPRAY
- NU-BUSPIRONE TABLETS
- NU-CAPTO
- NU-CARBAMAZEPINE
- NU-CEPHALEX
- NU-CIMET – 300, 400, 600 AND 800 MG TABLETS

3(2) La partie 1 de l'annexe A est modifiée par suppression des médicaments couverts suivants :

- APO-BENAZEPRIL
- ASTRA, NÉBULISEUR
- CODÉINE (PHOSPHATE DE), SIROP ET COMPRIMÉS
- DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE SODIQUE DE), SOLUTION OPHTALMIQUE ET INJECTION
- DILAUDID XP
- ELDEPRYL
- MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE)
- MYLAN-AMILAZIDE
- MYLAN-TIMOLOL
- NU-ACEBUTOLOL, COMPRIMÉS
- NU-ACYCLOVIR, COMPRIMÉS
- NU-AMILZIDE
- NU-AMOXI, CAPSULES ET SUSPENSION
- NU-ATENOL
- NU-BACLO
- NU-BECLOMETHASONE – 0,05 %, VAPORISATEUR NASAL
- NU-BUSPIRONE, COMPRIMÉS
- NU-CAPTO
- NU-CARBAMAZEPINE
- NU-CEPHALEX
- NU-CIMET – 300, 400, 600 ET 800 MG, COMPRIMÉS

- NU-COTRIMOX DS
- NU-COTRIMOX TABLETS
- NU-DICLO
- NU-DILTIAZ – 30 AND 60 MG TABLETS
- NU-DILTIAZ-CD – 120, 180 AND 240 MG CAPSULES
- NU-DIVALPROEX – 125 MG, 250 MG, 500 MG – ENTERIC COATED TABLETS
- NU-DOMPERIDONE – 10 MG TABLETS
- NU-DOXYCYCLINE
- NU-FAMOTIDINE
- NU-FLUOXETINE
- NU-FLURBIPROFEN
- NU-FLUVOXAMINE – 50 AND 100 MG TABLETS
- NU-GEMFIBROZIL
- NU-GLYBURIDE
- NU-IBUPROFEN – 600 MG TABLETS
- NU-INDAPAMIDE – 2.5 MG TABLETS
- NU-INDO
- NU-KETOCON – 200 MG TABLETS
- NU-LEVOCARB TABLETS
- NU-LORAZ – 0.5 AND 1 MG TABLETS
- NU-METFORMIN – 500 AND 850 MG TABLETS
- NU-METOCLOPRAMIDE
- NU-METOP
- NU-MOCLOBEMIDE – 100 AND 150 MG TABLETS
- NU-NAPROX – 250, 375 AND 500 MG TABLETS
- NU-NORTRIPTYLINE – 10 AND 25 MG CAPSULES
- NU-OXYBUTYN
- NU-PEN-VK
- NU-PINDOL
- NU-PIROX
- NU-PRAVASTATIN – 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- NU-PRAZO
- NU-RANIT
- NU-SELEGILINE – 5 MG TABLETS
- NU-SOTALOL TABLETS
- NU-SUCRALFATE
- NU-SULINDAC
- NU-TERAZOSIN – 1, 2, 5 AND 10 MG TABLETS
- NU-TIAPROFENIC TABLETS
- NU-TIMOLOL – 5 AND 10 MG TABLETS
- NU-TRAZADONE – 50 AND 100 MG TABLETS
- NU-TRAZADONE – D – 150 MG TABLETS

- NU-COTRIMOX DS
- NU-COTRIMOX, COMPRIMÉS
- NU-DICLO
- NU-DILTIAZ – 30 ET 60 MG, COMPRIMÉS
- NU-DILTIAZ-CD – 120, 180 ET 240 MG, CAPSULES
- NU-DIVALPROEX – 125 MG, 250 MG, 500 MG – CAPSULES À ENROBAGE ENTÉROSOLUBLE
- NU-DOMPERIDONE – 10 MG, COMPRIMÉS
- NU-DOXYCYCLINE
- NU-FAMOTIDINE
- NU-FLUOXETINE
- NU-FLURBIPROFEN
- NU-FLUVOXAMINE – 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- NU-GEMFIBROZIL
- NU-GLYBURIDE
- NU-IBUPROFEN – 600 MG, COMPRIMÉS
- NU-INDAPAMIDE – 2,5 MG, COMPRIMÉS
- NU-INDO
- NU-KETOCON – 200 MG, COMPRIMÉS
- NU-LEVOCARB, COMPRIMÉS
- NU-LORAZ – 0,5 ET 1 MG, COMPRIMÉS
- NU-METFORMIN – 500 ET 850 MG, COMPRIMÉS
- NU-METOCLOPRAMIDE
- NU-METOP
- NU-MOCLOBEMIDE – 100 ET 150 MG, COMPRIMÉS
- NU-NAPROX – 250, 375 ET 500 MG, COMPRIMÉS
- NU-NORTRIPTYLINE – 10 ET 25 MG, CAPSULES
- NU-OXYBUTYN
- NU-PEN-VK
- NU-PINDOL
- NU-PIROX
- NU-PRAVASTATIN – 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- NU-PRAZO
- NU-RANIT
- NU-SELEGILINE – 5 MG, COMPRIMÉS
- NU-SOTALOL, COMPRIMÉS
- NU-SUCRALFATE
- NU-SULINDAC
- NU-TERAZOSIN – 1, 2, 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- NU-TIAPROFENIC, COMPRIMÉS
- NU-TIMOLOL – 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- NU-TRAZADONE – 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- NU-TRAZADONE – D – 150 MG, COMPRIMÉS

- NU-TRIAZIDE
- NU-VALPROIC – 250 MG CAPSULES
- NU-VERAP
- NU-ZOPICLONE – 7.5 MG TABLETS
- ORUDIS SR
- PHENOBARBITAL ELIXIR
- RATIO-CLOBAZAM
- RATIO-CODEINE – 5 MG/ML SYRUP
- TRAVATAN – 0.004% OPHTHALMIC SOLUTION

3(3) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug DILAUDID-HP AND HP PLUS by striking out "AND HP PLUS".

3(4) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug METHYLPREDNISOLONE ACETATE:

(a) by adding "(SANDOZ)" before "- 40 G/ML,"; and

(b) by striking out "- 40 G/ML," and substituting "- 40 MG/ML," in the English version.

3(5) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug VAGIFEM by striking out "10 AND".

4(1) Part 2 of Schedule A is amended by adding the following specified drugs in alphabetical order:

- CO RIZATRIPTAN ODT – 5 and 10 mg Tablets – For the treatment of ACUTE migraine attacks in patients where standard therapy has failed.
- DESMOPRESSIN (AA PHARMA) – 10 mcg Spray – For the treatment of
 - (a) diabetes insipidus; and
 - (b) enuresis in children refractory to alternate agents.

- NU-TRIAZIDE
- NU-VALPROIC – 250 MG, CAPSULES
- NU-VERAP
- NU-ZOPICLONE – 7,5 MG, COMPRIMÉS
- ORUDIS SR
- PHÉNOBARBITAL, ÉLIXIR
- RATIO-CLOBAZAM
- RATIO-CODÉINE – 5 MG/ML, SIROP
- TRAVATAN – 0,004 %, SOLUTION OPHTHALMIQUE

3(3) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert DILAUDID-HP ET HP PLUS, par suppression de « ET HP PLUS ».

3(4) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE) :

a) par adjonction, avant « (ACÉTATE DE) », de « (SANDOZ) »;

b) par substitution, à « - 40 G/ML, », de « - 40 MG/ML, », dans la version anglaise.

3(5) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert VAGIFEM, par suppression de « 10 ET ».

4(1) La partie 2 de l'annexe A est modifiée par adjonction des médicaments couverts suivants :

- CO-RIZATRIPTAN ODT – comprimés, 5 et 10 mg – pour le traitement des migraines AIGUËS lorsque les médicaments ordinaires n'agissent pas.
- DESMOPRESSIN (AA PHARMA) – vaporisateur, 10 mcg – pour le traitement :
 - a) du diabète insipide;
 - b) de l'énurésie chez les enfants qui sont réfractaires aux autres agents de traitement.

- GD-AZITHROMYCIN – 250 mg Tablets – For the treatment of patients:
 - (a) not responding to or intolerant of alternative antibiotics (eg. amoxicillin and erythromycin);
 - (b) with mycobacterial infections due to mycobacterium avium and mycobacterium intracellulare;
 - (c) with sexually transmitted disease due to Chlamydia.

- LUPRON – 5 mg Subcutaneous Injection and LUPRON DEPOT – 3.75, 7.5, 11.25, 22.5 and 30 mg/vial Intramuscular Injection – For the treatment of:
 - (a) gynecological disorders excepting fertility disorders;
 - (b) for the treatment of children with precocious puberty.

- MAR-RIZATRIPTAN – 5 and 10 mg Tablets – For the treatment of ACUTE migraine attacks in patients where standard therapy has failed.

- MINT-CIPROFLOXACIN – 250, 500 and 750 mg Tablets –
 - (a) step down care following hospital separation in patients treated with parenteral antibiotics;
 - (b) treatment of Pseudomonal infections or resistant gram-negative infections;
 - (c) treatment of resistant Gonococcal infections;
 - (d) treatment of infections in persons allergic to alternative agents (eg. penicillins, cephalosporins and sulfonamides);
 - (e) treatment of infections in immunocompromised patients;
 - (f) treatment of diabetic foot infections and complications of orthopedic surgery;

- GD-AZITHROMYCIN – comprimés, 250 mg – pour le traitement :
 - a) des malades qui ne réagissent pas aux antibiotiques de relais ou qui ne les tolèrent pas (p. ex. amoxicilline et érythromycine);
 - b) des malades ayant des mycobactérioses provoquées par le mycobacterium avium et le mycobacterium intracellulare;
 - c) des maladies transmises sexuellement causées par la chlamydia.

- LUPRON – injection sous-cutanée, 5 mg et LUPRON DEPOT – injection intramusculaire, 3,75, 7,5, 11,25, 22,5 et 30 mg/ampoule – pour le traitement :
 - a) des affections gynécologiques, à l'exception des troubles de fécondité;
 - b) de la puberté précoce.

- MAR-RIZATRIPTAN – comprimés, 5 et 10 mg – pour le traitement des migraines AIGUËS lorsque les médicaments ordinaires n'agissent pas.

- MINT-CIPROFLOXACINE – comprimés, 250, 500 et 750 mg –
 - a) deuxième étape de soins à la sortie de l'hôpital pour les malades auxquels des antibiotiques ont été administrés par voie parentérale;
 - b) traitement des infections pseudomonales ou des infections Gram négatif résistantes;
 - c) traitement des gonococcies résistantes;
 - d) traitement des infections chez les personnes allergiques aux agents de relais (p. ex. pénicillines, céphalosporines et sulfonamides);
 - e) traitement des infections chez les malades immunodéprimés;
 - f) traitement des infections de pied diabétique et des complications résultant d'une chirurgie orthopédique;

- (g) treatment of chronic bacterial prostatitis.
- g) traitement d'une prostatite bactérienne chronique.
- SANDOZ MONTELUKAST – 4, 5 and 10 mg Tablets –
- SANDOZ MONTELUKAST – comprimés, 4, 5 et 10 mg –
- (a) Indicated as adjunctive therapy for asthma in cases where:
- a) traitement d'appoint pour l'asthme dans les cas suivants :
- (i) maximum doses of inhaled corticosteroids have not effectively controlled symptoms, or
- (i) les doses maximales de corticostéroïdes administrées par inhalation n'ont pas contrôlé les symptômes de façon efficace,
- (ii) evidence of serious adverse effects associated with corticosteroids exists, eg. adrenal suppression, increased lung infections;
- (ii) des réactions indésirables à l'utilisation de corticostéroïdes sont à craindre, p. ex. suppression surrénale, infection aggravée des poumons;
- (b) Indicated as first line therapy for exercise induced asthma.
- b) thérapie du premier degré pour l'asthme induit par l'exercice.
- SUPREFACT – 1 mg/mL subcutaneous and intranasal and 6.3 and 9.45 mg Depot – For the treatment of gynecological disorders excepting fertility disorders.
- SUPREFACT – sous-cutané et intranasal, 1 mg/ml et dépôt, 6,3 et 9,45 mg – pour le traitement des affections gynécologiques, à l'exception des troubles de fécondité.
- TAMIFLU – 30, 45 and 75 mg Capsules and 12 mg/mL Oral Suspension – For the treatment OR prevention of Influenza in persons who meet one or more of the following risk factors:
- TAMIFLU – capsules, 30, 45 et 75 mg et suspension orale, 12 mg/mL – pour le traitement ou la prévention de la grippe chez les personnes qui présentent un ou plusieurs des facteurs de risque suivants :
- (a) asthma or other chronic pulmonary disease, including bronchopulmonary dysplasia, cystic fibrosis, chronic bronchitis and emphysema;
- a) asthme ou autre maladie pulmonaire chronique, notamment la dysplasie broncho-pulmonaire, la fibrose kystique, la bronchite chronique et l'emphysème;
- (b) cardiovascular disease (excluding isolated hypertension), including congenital and acquired heart disease such as congestive heart failure, and symptomatic coronary artery disease;
- b) maladie cardiovasculaire (à l'exclusion de l'hypertension isolée), y compris les maladies cardiaques congénitales et acquises telles que l'insuffisance cardiaque congestive et la coronaropathie symptomatique;
- (c) malignancy;
- c) malignité;
- (d) chronic renal insufficiency;
- d) insuffisance rénale chronique;
- (e) chronic liver disease;
- e) maladie chronique du foie;
- (f) diabetes mellitus or other metabolic diseases;
- f) diabète sucré ou autre maladie métabolique;
- (g) hemoglobinopathies such as sickle cell disease;
- g) hémoglobinopathie, notamment la drépanocytose;

(h) immunosuppression or immunodeficiency due to disease (eg. HIV infection, or iatrogenic due to medication);

(i) rheumatologic diseases, including rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, psoriatic arthritis, antiphospholipid syndrome, scleroderma, spondyloarthropathies, Sjogren's syndrome, dermatomyositis, vasculitis, sarcoidosis and polyarteritis nodosa;

(j) neurological disease or neurodevelopmental disorders that compromise handling of respiratory secretions (eg. cognitive dysfunction, spinal cord injury, seizure disorders, neuromuscular disorders, cerebral palsy, metabolic disorders);

(k) children younger than 2 years of age;

(l) individuals 65 years of age or older;

(m) individuals of any age who are residents of nursing homes or other chronic care facilities;

(n) pregnant women and women up to 2 weeks post partum regardless of how the pregnancy ended;

(o) individuals younger than 18 years of age who are on chronic aspirin therapy;

(p) morbid obesity (BMI 40 or greater);

(q) persons of aboriginal ancestry, including Indian, Inuit or Metis ancestry.

- VANCOMYCIN HCL (PHARMACEUTICAL PARTNERS OF CANADA) - 125 and 250 mg Capsules - For the treatment of pseudomembranous colitis unresponsive to metronidazole.

h) immunosuppression ou immunodéficience causée par une maladie (notamment infection à VIH et affection iatrogène);

i) pathologies rhumatologiques, notamment la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminé, la polyarthrite psoriasique, le syndrome antiphospholipide, la sclérodermie, la spondylarthropathie, le syndrome de Sjögren, la dermatomyosite, la vascularite, la sarcoïdose et la polyartérite noueuse;

j) affection neurologique ou troubles neurologiques du développement qui compromettent l'évacuation des sécrétions respiratoires (notamment un dysfonctionnement cognitif, un traumatisme médullaire, des troubles convulsifs, des maladies neuromusculaires, une infirmité motrice cérébrale et un trouble métabolique);

k) âge — enfants de moins de 2 ans;

l) âge — personnes de 65 ans ou plus;

m) lieu de résidence — personnes qui demeurent dans une unité de soins de longue durée, notamment une maison de soins infirmiers, quel que soit leur âge;

n) grossesse et période de 2 semaines suivant l'accouchement, quelle que soit l'issue de la grossesse;

o) thérapeutique d'aspirine à long terme — personnes de moins de 18 ans;

p) obésité morbide (IMC de 40 ou plus);

q) ascendance autochtone, notamment amérindienne, inuite et métisse.

- VANCOMYCINE HCL (PHARMACEUTICAL PARTNERS OF CANADA) - capsules, 125 et 250 mg - pour le traitement d'une colite pseudo-membraneuse sur laquelle le métronidazole n'agit pas.

- ZOLADEX – 10.8 mg Depot – For the treatment of gynecological disorders excepting fertility disorders.

- ZOLADEX – 3.6 mg Injection – For the treatment of:

(a) gynecological disorders excepting fertility disorders;

(b) for the palliative treatment of advanced breast cancer in pre- and perimenopausal women whose tumor contains estrogen and/or progesterone receptors.

4(2) Part 2 of Schedule A is amended by striking out the following specified drugs:

- APO-DESMOPRESSIN – 10 mcg Spray
- ELIGARD
- LUPRON – 5 mg Subcutaneous Injection and LUPRON DEPOT
- NU-CYCLOBENZAPRINE
- RAN-FENTANYL – 25, 50, 75 and 100 mcg Transdermal Patch
- SIBELIUM
- SUPREFACT
- TAMIFLU
- ZOLADEX – 10.8 mg Depot
- ZOLADEX – 3.6 mg Injection

4(3) Part 2 of Schedule A is amended in the specified drug NOVO-KETOTIFEN by striking out "and 1 mg Tablets".

4(4) Part 2 of Schedule A is amended in the specified drug RAN-FENTANYL MATRIX by adding "12," before "25,".

4(5) Part 2 of Schedule A is amended in the specified drug SANDOZ FENTANYL by adding "12," before "25,".

- ZOLADEX – dépôt, 10,8 mg – pour le traitement des affections gynécologiques, à l'exception des troubles de fécondité.

- ZOLADEX – injection, 3,6 mg –

a) pour le traitement des affections gynécologiques, à l'exception des troubles de fécondité;

b) pour le traitement palliatif d'un cancer avancé du sein chez les patientes préménopausiques et péréménopausiques dont la tumeur renferme des récepteurs œstrogéniques et progestéroniques.

4(2) La partie 2 de l'annexe A est modifiée par suppression des médicaments couverts suivants :

- APO-DESMOPRESSIN – vaporisateur, 10 mcg
- ELIGARD
- LUPRON – injection sous-cutanée, 5 mg et LUPRON DEPOT
- NU-CYCLOBENZAPRINE
- RAN-FENTANYL – systèmes transdermiques, 25, 50, 75 et 100 mcg
- SIBELIUM
- SUPREFACT
- TAMIFLU
- ZOLADEX – dépôt, 10,8 mg
- ZOLADEX – injection, 3,6 mg

4(3) La partie 2 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert NOVO-KETOTIFEN, par suppression de « et comprimés, 1 mg ».

4(4) La partie 2 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert RAN-FENTANYL MATRIX, par adjonction, avant « 25 », de « 12, ».

4(5) La partie 2 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert SANDOZ FENTANYL, par adjonction, avant « 25 », de « 12, ».

Coming into force

**5 This regulation comes into force on
September 24, 2012.**

Entrée en vigueur

**5 Le présent règlement entre en vigueur
le 24 septembre 2012.**

August 21, 2012
21 août 2012

Minister of Health/La ministre de la Santé,

Theresa Oswald

The Queen's Printer
for the Province of Manitoba

L'Imprimeur de la Reine
du Manitoba