

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Natalizumab (Tysabri<sup>MC</sup>) — Sclérose en plaques de forme rémittente

#### 1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE

**OU**

#### 2 - Prescripteur

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.	

**NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE**

*si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation*

**OU**  
*si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père*

NOM ET PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE	
		ANNÉE	MOIS JOUR
ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE <b>QUÉBEC</b>	CODE POSTAL
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT <b>NATALIZUMAB</b>	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU	ANNÉE MOIS JOUR
		<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	

#### Type de demande

**Demande initiale**       **Demande de poursuite du traitement**

Complétez les sections 4- 6- 7      Complétez les sections 5- 6- 7

#### 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

**Indication thérapeutique**

Sclérose en plaques (SEP)

Forme rémittente

Forme progressive secondaire

Première poussée clinique aiguë de démyélinisation

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**EDSS AVANT** le début du traitement avec le **natalizumab** : \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation ▶

ANNÉE MOIS JOUR

Le natalizumab sera administré en **monothérapie**

Oui

Non

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

Numéro d'assurance maladie  
de la personne assurée

Numéro d'inscription  
du prescripteur à la Régie

## Natalizumab (Tysabri<sup>MC</sup>) — Sclérose en plaques de forme rémittente (suite)

### 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

#### Évolution de la maladie au cours de la dernière année

- Survenue de **deux poussées invalidantes<sup>1</sup> ou plus** avec récupération **incomplète**
- Survenue de **deux poussées invalidantes ou plus** avec récupération **complète ET**
- Présence d'au moins une lésion rehaussée par le gadolinium à la résonance magnétique (IRM)  
OU
- Augmentation de 2 lésions hyperintenses en T2 ou plus par rapport à une IRM antérieure.
- Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

### 5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

#### Renseignements requis pour évaluer la réponse au traitement

Sclérose en plaques

- Forme rémittente
- Forme progressive secondaire
- Première poussée aiguë de démyélinisation

EDSS AVANT le début du traitement avec le **natalizumab** : \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

EDSS ACTUEL : \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

#### Réduction de la fréquence annuelle des poussées invalidantes<sup>1</sup> au cours de la dernière année

- Oui
- Non

### 6 - Renseignements complémentaires (facultatifs)

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

### 7 - Signature du prescripteur autorisé

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

DATE		
ANNÉE	MOIS	JOUR

#### Retourner le présent formulaire

- **par télécopieur** à Québec : **418 646-5653**  
ailleurs au Québec, sans frais : **1 866 312-3858**
- **par courrier** : Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 6600  
Québec (Québec) G1K 7T3

Le présent formulaire respecte la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements relatifs aux indications reconnues pour le paiement.

1. On entend par poussée invalidante une poussée durant laquelle un examen neurologique confirme une névrite optique, un syndrome de la fosse postérieure (tronc cérébral et cervelet) ou des symptômes révélant une atteinte de la moelle épinière (myélite).