

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Adalimumab (Amgevita<sup>MC</sup>, Hadlima<sup>MC</sup>, Hadlima PushTouch<sup>MC</sup>, Hulo<sup>MC</sup>, Humira<sup>MC</sup>, Hyrimoz<sup>MC</sup>, Idacio<sup>MC</sup>), certolizumab pegol (Cimzia<sup>MC</sup>), étanercept (Brenzys<sup>MC</sup>, Enbrel<sup>MC</sup>, Erelz<sup>MC</sup>), golimumab (Simponi<sup>MC</sup>), infliximab (Avsola<sup>MC</sup>, Inflectra<sup>MC</sup>, Remicade<sup>MC</sup>, Renflexis<sup>MC</sup>), sécukinumab (Cosentyx<sup>MC</sup>), ixékizumab (Taltz<sup>MC</sup>) ou ustekinumab (Stelara<sup>MC</sup>) — Arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde ou de forme autre que rhumatoïde

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE  
**OU**

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

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.

NOM ET PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR

ADRESSE NUMÉRO RUE APP.

MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

QUÉBEC

3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – AMGEVITA <sup>MC</sup>	<input type="checkbox"/> CERTOLIZUMAB PEGOL	<input type="checkbox"/> GOLIMUMAB S.C.	<input type="checkbox"/> IXÉKIZUMAB
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA <sup>MC</sup>	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – BRENZYS <sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – AVSOLA <sup>MC</sup>	<input type="checkbox"/> SÉCUKINUMAB
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA PUSH TOUCH <sup>MC</sup>	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ENBREL <sup>MC</sup> Pd. Inj. S.C. 25 mg	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – INFLECTRA <sup>MC</sup>	<input type="checkbox"/> USTEKINUMAB
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HULIO <sup>MC</sup>	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ENBREL <sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml (DÉBUTÉ AVANT LE 19 AOÛT 2020)	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – REMICADE <sup>MC</sup> (DÉBUTÉ AVANT LE 19 AOÛT 2020)	
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HUMIRA <sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml (0,8ml) (DÉBUTÉ AVANT LE 3 MARS 2021)	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ERELZ <sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – RENFLEXIS <sup>MC</sup>	
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HYRIMOZ <sup>MC</sup>			
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – IDACIO <sup>MC</sup>			

FORME PHARMACEUTIQUE TENEUR POSOLOGIE

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU ANNÉE MOIS JOUR AU  INDÉTERMINÉE OU ANNÉE MOIS JOUR

Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. ANNÉE MOIS JOUR

Type de demande

Demande initiale Complétez les sections 4- 6- 7

Demande de changement de traitement Complétez les sections 4- 6- 7

Demande de poursuite du traitement Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale ou changement de traitement

Diagnostic

Arthrite psoriasique de forme rhumatoïde

Arthrite psoriasique de forme autre que rhumatoïde

Évaluation initiale

Date de l'évaluation ANNÉE MOIS JOUR

Poids (kg) : \_\_\_\_\_

Nombre d'articulations avec synovite active : \_\_\_\_\_

Arthrite psoriasique de <b>forme rhumatoïde</b>	Arthrite psoriasique de <b>forme autre que rhumatoïde</b>
<p>Fournissez au moins un des renseignements suivants</p> <p>Érosions visibles sur les radiographies <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ) : _____</p> <p>Valeur de la protéine C-réactive : _____ mg/l</p> <p>Valeur de la vitesse de sédimentation : _____ mm/h</p>	<p>Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ) : _____</p>

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

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

**Adalimumab** (Amgevita<sup>MC</sup>, Hadlima<sup>MC</sup>, Hadlima PushTouch<sup>MC</sup>, Hulio<sup>MC</sup>, Humira<sup>MC</sup>, Hyrimoz<sup>MC</sup>, Idacio<sup>MC</sup>), **certolizumab pegol** (Cimzia<sup>MC</sup>), **étanercept** (Brenzys<sup>MC</sup>, Enbrel<sup>MC</sup>, Erelzi<sup>MC</sup>), **golimumab** (Simponi<sup>MC</sup>), **infliximab** (Avsola<sup>MC</sup>, Inflectra<sup>MC</sup>, Remicade<sup>MC</sup>, Renflexis<sup>MC</sup>), **sécukinumab** (Cosentyx<sup>MC</sup>), **ixékizumab** (Taltz<sup>MC</sup>) ou **ustekinumab** (Stelara<sup>MC</sup>) — **Arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde ou de forme autre que rhumatoïde (suite)**

**4 - Renseignements cliniques - Demande initiale ou changement de traitement (suite)**

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)		
Méthotrexate Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Azathioprine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Hydroxychloroquine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Léflunomide Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Sulfasalazine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Anti-TNF Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre agent Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

**5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement**

• Début du traitement du médicament demandé ▶ 

ANNÉE	MOIS	JOUR

• Dernière injection ▶ 

ANNÉE	MOIS	JOUR

**Renseignements nécessaires pour évaluer, après cinq mois et plus, la réponse au traitement sur les points évalués initialement**

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale			Évaluation subséquente la plus récente		
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
Date de l'évaluation						
Nombre d'articulations avec synovite active	_____			_____		
Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ)	_____			_____		
Valeur de la protéine C-réactive	_____ mg/l			_____ mg/l		
Valeur de la vitesse de sédimentation	_____ mm/h			_____ mm/h		
Poids	_____ kg			_____ kg		
S'il y a lieu, retour au travail	Sans objet			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

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

