

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Adalimumab (Amgevita^{MC}, Hadlima^{MC}, Hadlima PushTouch^{MC}, Hulio^{MC}, Humira^{MC}, Hyrimoz^{MC}, Idacio^{MC}), **certolizumab pegol** (Cimzia^{MC}), **étanercept** (Brenzys^{MC}, Enbrel^{MC}, Erelzi^{MC}), **golimumab** (Simponi^{MC}) ou **infliximab** (Avsola^{MC}, Inflectra^{MC}, Remicade^{MC}, Renflexis^{MC}) — **Spondylite ankylosante modérée ou grave**

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		
	ADRESSE NUMÉRO	RUE	ANNÉE	MOIS
	MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL

3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – AMGEVITA ^{MC}	<input type="checkbox"/> CERTOLIZUMAB PEGOL	<input type="checkbox"/> GOLIMUMAB S.C.
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA ^{MC}	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – BRENZYS ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml	<input type="checkbox"/> INFlixIMAB – AVSOLA ^{MC}
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA PUSH TOUCH ^{MC}	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ENBREL ^{MC} Pd. Inj. S.C. 25 mg	<input type="checkbox"/> INFlixIMAB – INFLECTRA ^{MC}
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HULIO ^{MC}	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ENBREL ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml (DÉBUTÉ AVANT LE 18 AOÛT 2017)	<input type="checkbox"/> INFlixIMAB – REMICADE ^{MC} (DÉBUTÉ AVANT LE 19 AOÛT 2020)
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HUMIRA ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml (0,8ml) (DÉBUTÉ AVANT LE 3 MARS 2021)	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ERELZI ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml	<input type="checkbox"/> INFlixIMAB – RENFLEXIS ^{MC}
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HYRIMOZ ^{MC}		
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – IDACIO ^{MC}		

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

Type de demande

<input type="checkbox"/> Demande initiale Complétez les sections 4- 6- 7	<input type="checkbox"/> Demande de changement du traitement Complétez les sections 4- 6- 7	<input type="checkbox"/> Demande de poursuite du traitement Complétez les sections 5- 6- 7
--	---	--

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale ou changement de traitement

Évaluation immédiatement avant le début du traitement avec le médicament demandé

Date de l'évaluation ► ANNÉE MOIS JOUR

BASDAI (échelle de 0 à 10) : _____

BASFI (échelle de 0 à 10) : _____

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^{MC}, Hadlima^{MC}, Hadlima PushTouch^{MC}, Hulio^{MC}, Humira^{MC}, Hyrimoz^{MC}, Idacio^{MC}),
certolizumab pegol (Cimzia^{MC}), **étanercept** (Brenzys^{MC}, Enbrel^{MC}, Erelzi^{MC}), **golimumab** (Simponi^{iMC}) ou
infliximab (Avsola^{MC}, Inflectra^{MC}, Remicade^{MC}, Renflexis^{MC}) — **Spondylite ankylosante modérée ou grave (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)		
AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Aucun AINS	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	

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
Date de l'évaluation	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR
BASDAI	_____	_____
BASFI	_____	_____
S'il y a lieu, retour au travail	Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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
C. P. 6600, succ. Terminus
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.