

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Adalimumab (Amgevita^{MC}, Hadlima^{MC}, Hadlima PushTouch^{MC}, Hulio^{MC}, Humira^{MC}, Hyrimoz^{MC}, Idacio^{MC}),
infliximab (Avsola^{MC}, Inflectra^{MC}, Remicade^{MC}, Renflexis^{MC}) ou **vedolizumab** (Entyvio^{MC})
— Maladie de Crohn intestinale modérée ou grave

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

ADALIMUMAB – AMGEVITA^{MC} (ENFANT – ADULTE) ADALIMUMAB – HULIO^{MC} (ENFANT – ADULTE) ADALIMUMAB – HYRIMOZ^{MC} (ENFANT – ADULTE) INFLIXIMAB – AVSOLA^{MC} (ENFANT – ADULTE) INFLIXIMAB – RENFLEXIS^{MC} (ENFANT – ADULTE)

ADALIMUMAB – HADLIMA^{MC} (ENFANT – ADULTE) ADALIMUMAB – HUMIRA^{MC} SOL. INJ. S.C. 50 MG/ML (0,8ML) (DÉBUTÉ AVANT LE 3 MARS 2021) (ENFANT – ADULTE) ADALIMUMAB – IDACIO^{MC} (ENFANT – ADULTE) INFLIXIMAB – INFLECTRA^{MC} (ENFANT – ADULTE)

ADALIMUMAB – HADLIMA PUSH TOUCH^{MC} (ENFANT – ADULTE) INFLIXIMAB – REMICADE^{MC} (ENFANT – ADULTE) (DÉBUTÉ AVANT LE 19 AOÛT 2020) VEDOLIZUMAB – ENTYVIO^{MC} (ADULTE)

FORME PHARMACEUTIQUE TENEUR POSOLOGIE

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT ANNÉE MOIS JOUR

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 du 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

Maladie de Crohn **intestinale** modérée ou grave, présentement **active**

Autre. Précisez : _____

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

Corticostéroïdes Inefficacité Intolérance Contre-indication Autre du _____
Nom : _____ Précisez : _____ au _____

Immunosuppresseurs

Azathioprine Inefficacité Intolérance Contre-indication Autre du _____
Posologie : _____ Précisez : _____ au _____

6- mercaptopurine Inefficacité Intolérance Contre-indication Autre du _____
Posologie : _____ Précisez : _____ au _____

Méthotrexate Inefficacité Intolérance Contre-indication Autre du _____
Posologie : _____ Précisez : _____ au _____

Autre. Précisez : _____ Inefficacité Intolérance Contre-indication Autre du _____
Précisez : _____ au _____

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

