

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

**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>),  
**brodalumab** (Silic<sup>MC</sup>), **étanercept** (Brenzys<sup>MC</sup>, Enbrel<sup>MC</sup>, Erelzi<sup>MC</sup>), **infiximab** (Avsola<sup>MC</sup>, Inflectra<sup>MC</sup>, Remicade<sup>MC</sup>, Renflexis<sup>MC</sup>),  
**ixékizumab** (Taltz<sup>MC</sup>), **risankizumab** (Skyrizi<sup>MC</sup>), **sécukinumab** (Cosentyx<sup>MC</sup>) ou **ustekinumab** (Stelara<sup>MC</sup>)  
— Psoriasis en plaques chronique 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.	

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b> si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation <b>OU</b> 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	JOUR
	MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

### 3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – AMGEVITA <sup>MC</sup>	<input type="checkbox"/> BRODALUMAB	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – AVSOLA <sup>MC</sup>	<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 – INFLECTRA <sup>MC</sup>	<input type="checkbox"/> RISANKIZUMAB
<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 – REMICADE <sup>MC</sup> (DÉBUTÉ AVANT LE 19 AOÛT 2020)	<input type="checkbox"/> SÉCUKINUMAB
<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 – RENFLEXIS <sup>MC</sup>	<input type="checkbox"/> USTEKINUMAB
<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 – ERELZI <sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml		
<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	<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"/> <b>Demande initiale</b> Complétez les sections 4- 6- 7	<input type="checkbox"/> <b>Demande de changement du traitement</b> Complétez les sections 4- 6- 7	<input type="checkbox"/> <b>Demande de poursuite du traitement</b> Complétez les sections 5- 6- 7
--	---	--

### 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale ou changement de traitement

**Diagnostic**

Psoriasis en plaques chronique grave

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Évaluation immédiatement avant le début du traitement**

Date de l'évaluation ► ANNÉE MOIS JOUR

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

DLQI : \_\_\_\_\_

**Fournissez au moins UN des renseignements suivants**

PASI : \_\_\_\_\_

Présence de plaques importantes sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale.

Précisez l'endroit : \_\_\_\_\_

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>),  
**brodalumab** (Siliq<sup>MC</sup>), **étanercept** (Brenzys<sup>MC</sup>, Enbrel<sup>MC</sup>, Erelzi<sup>MC</sup>), **infliximab** (Avsola<sup>MC</sup>, Inflectra<sup>MC</sup>, Remicade<sup>MC</sup>, Renflexis<sup>MC</sup>),  
**ixékizumab** (Taltz<sup>MC</sup>), **risankizumab** (Skyrizi<sup>MC</sup>), **sécukinumab** (Cosentyx<sup>MC</sup>) **ou ustekinumab** (Stelara<sup>MC</sup>)  
— Psoriasis en plaques chronique 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)

Photothérapie Nombre de séances suivies : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Inaccessibilité <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Méthotrexate Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Cyclosporine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Acitrétine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	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 quatre 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 _____ _____ _____
PASI	_____	_____
DLQI	_____	_____
Poids (kg)	_____	_____
S'il y a lieu, amélioration significative des lésions sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale	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.