

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Ranibizumab (Lucentis^{MC}) — Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) en présence de néovascularisation choroïdienne

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	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
<small>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</small>		ANNÉE MOIS JOUR
OU <small>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</small>	ADRESSE NUMÉRO	RUE
		APP.
	MUNICIPALITÉ	PROVINCE
		QUÉBEC
	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT RANIBIZUMAB	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Type de demande

Demande initiale **Demande de poursuite du traitement**
(après administration des trois premières doses)

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

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Indication thérapeutique

Dégénérescence maculaire liée à l'âge (**DMLA**) en présence de néovascularisation choroïdienne

Autre. Précisez : _____

Œil gauche	Œil droit
Administration du ranibizumab	
<input type="checkbox"/> En monothérapie	<input type="checkbox"/> En monothérapie
<input type="checkbox"/> En association avec :	<input type="checkbox"/> En association avec :
<input type="checkbox"/> Aflibercept	<input type="checkbox"/> Aflibercept
<input type="checkbox"/> Vertéporfine	<input type="checkbox"/> Vertéporfine
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Acuité visuelle optimale après correction :	
<input type="checkbox"/> Entre 6/12 et 6/96	<input type="checkbox"/> Entre 6/12 et 6/96
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Dimension linéaire de la lésion :	
<input type="checkbox"/> ≤ à 12 surfaces de disque	<input type="checkbox"/> ≤ à 12 surfaces de disque
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

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.

Ranibizumab (Lucentis^{MC}) — Dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne (suite)

4 - Renseignements cliniques (suite)

Œil gauche	Œil droit
État du centre de la macula :	
<input type="checkbox"/> Absence d'atteinte structurelle permanente significative*	<input type="checkbox"/> Absence d'atteinte structurelle permanente significative*
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Évolution de la maladie depuis les trois derniers mois confirmée par :	
<input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne	<input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne
<input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique	<input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique
<input type="checkbox"/> Changements récents de l'acuité visuelle	<input type="checkbox"/> Changements récents de l'acuité visuelle
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

* L'atteinte est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique, dont l'importance empêche l'obtention d'un bénéfice fonctionnel selon le médecin traitant.

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Indication thérapeutique

- Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) en présence de néovascularisation choroïdienne
 Autre. Précisez : _____

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

Œil gauche	Œil droit												
Réponse au traitement													
<input type="checkbox"/> Stabilisation	<input type="checkbox"/> Stabilisation												
<input type="checkbox"/> Amélioration	<input type="checkbox"/> Amélioration												
<input type="checkbox"/> Détérioration	<input type="checkbox"/> Détérioration												
Examen utilisé													
▶ Date : <table border="1"><tr><td>ANNÉE</td><td>MOIS</td><td>JOUR</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	ANNÉE	MOIS	JOUR				▶ Date : <table border="1"><tr><td>ANNÉE</td><td>MOIS</td><td>JOUR</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	ANNÉE	MOIS	JOUR			
ANNÉE	MOIS	JOUR											
ANNÉE	MOIS	JOUR											
<input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne	<input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne												
<input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique	<input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique												
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____												

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.