

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 ANNÉE MOIS JOUR	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
MUNICIPALITÉ	PROVINCE QUÉBEC	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> GOLIMUMAB S.C.	<input type="checkbox"/> GOLIMUMAB I.V.	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	<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU

Type de demande

Demande initiale
Complétez les sections 4- 6- 7

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

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

À remplir seulement dans le cas d'un changement de médicament biologique

Nom du médicament biologique qui sera remplacé : _____

Changement de médicament biologique en raison d'un échec thérapeutique

Changement de médicament biologique pour une autre raison. Précisez : _____

Diagnostic ou contexte clinique

Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave

Autre. Précisez : _____

Administration du golimumab

En association avec le méthotrexate

Autre. Précisez : _____

Évaluation immédiatement avant le début du traitement avec le golimumab

Date de l'évaluation ► ANNÉE MOIS JOUR

Nombre d'articulations avec synovite active : _____

Fournissez au moins un des renseignements suivants

Facteur rhumatoïde Positif Négatif

Érosions visibles sur les radiographies Oui Non

Score au questionnaire d'évaluation
de l'état de santé (HAQ) : _____

Valeur de la protéine C-réactive : _____ mg/l

Valeur de la vitesse de sédimentation : _____ mm/h

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.

Golimumab (Simponi^{MC}) — Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave (suite)

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (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 _____
Leflunomide 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 _____
Autre essai antérieur Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Aucun essai antérieur	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Renseignements nécessaires pour évaluer 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		
En association avec	<input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
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
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.