

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Enfuvirtide (Fuzeon<sup>MC</sup>), Étravirine (Intelence<sup>MC</sup>), Maraviroc (Celsentri<sup>MC</sup>), Tipranavir (Aptivus<sup>MC</sup>) — traitement du VIH

#### 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	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
	QUÉBEC		

#### 3 - Médicaments visés par la demande

<input type="checkbox"/> ENFUVIRTIDE	<input type="checkbox"/> ÉTRAVIRINE	<input type="checkbox"/> MARAVIROC	<input type="checkbox"/> TIPRANAVIR
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.*

**Type de demande**

**Demande initiale**  **Demande de poursuite du traitement**

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

#### 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

**Indication thérapeutique**

VIH

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Renseignements nécessaires pour l'évaluation**

**Association antirétrovirale demandée**

- INTI: \_\_\_\_\_
- INNTI: \_\_\_\_\_
- IP: \_\_\_\_\_
- IE: \_\_\_\_\_
- II: \_\_\_\_\_

- Charge virale actuelle: \_\_\_\_\_ copies/ml ANNÉE MOIS JOUR
- Charge virale antérieure: \_\_\_\_\_ copies/ml ANNÉE MOIS JOUR
- Traitement de première intention (s'il y a lieu)
  - Oui ▶ Résistance de classe:  INTI: \_\_\_\_\_  INNTI: \_\_\_\_\_  IP: \_\_\_\_\_
  - ▶ Décomptes des lymphocytes CD4
  - 1. \_\_\_\_\_ /µl ANNÉE MOIS JOUR
  - 2. \_\_\_\_\_ /µl ANNÉE MOIS JOUR
- Non
- Test de tropisme CCR5 (Maraviroc UNIQUEMENT)
 ANNÉE MOIS JOUR
 Positif  Négatif

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.

**Enfuvirtide (Fuzeon<sup>MC</sup>), Étravirine (Intelligence<sup>MC</sup>), Maraviroc (Celsentri<sup>MC</sup>),  
Tipranavir (Aptivus<sup>MC</sup>) — traitement du VIH (suite)**

**4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)**

**Association antirétrovirales antérieures** (Si disponibles, joindre les résultats des tests de résistance aux antirétroviraux.)

	Sensibilité	Résistance		Sensibilité	Résistance		Sensibilité	Résistance
INTI: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INTI: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INTI: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INNTI: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INNTI: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INNTI: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IP: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IP: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IE: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IE: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IE: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du _____ au _____			du _____ au _____			du _____ au _____		
CV départ: _____ copies/ml CV fin: _____ copies/ml Résultat: <input type="checkbox"/> Échec virologique documenté <input type="checkbox"/> Intolérance. Précisez: _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez: _____			CV départ: _____ copies/ml CV fin: _____ copies/ml Résultat: <input type="checkbox"/> Échec virologique documenté <input type="checkbox"/> Intolérance. Précisez: _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez: _____			CV départ: _____ copies/ml CV fin: _____ copies/ml Résultat: <input type="checkbox"/> Échec virologique documenté <input type="checkbox"/> Intolérance. Précisez: _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez: _____		

**5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement**

**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			Effet bénéfique observé
Date de l'évaluation	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	
<input type="checkbox"/> Charge virale	_____ copies/ml			_____ copies/ml			Réduction ≥ 0.5 log <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ou							
<input type="checkbox"/> Décompte CD4	_____ /µl			_____ /µl			Augmentation > 30% <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  
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.