

**1 - Personne assurée**

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE  
**OU**

**2 - Prescripteur**

|                                  |     |                                    |             |
|----------------------------------|-----|------------------------------------|-------------|
| NOM ET PRÉNOM                    |     | N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE        |             |
| ADRESSE<br>NUMÉRO                | RUE | BUREAU                             |             |
| MUNICIPALITÉ                     |     | PROVINCE                           | CODE POSTAL |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE<br>IND. RÉG. |     | NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR<br>IND. RÉG. |             |

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

**3 - Médicament visé par la demande**

|  |                      |   |                 |
|--|----------------------|---|-----------------|
| NOM DU MÉDICAMENT<br><b>FINGOLIMOD</b> | FORME PHARMACEUTIQUE | TENEUR  | POSOLOGIE       |
| DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT             |                      | Si la personne assurée est hospitalisée,<br>indiquez la date prévue de son congé. |                 |
| DU                                     | ANNÉE MOIS JOUR      | AU  | ANNÉE MOIS JOUR |
| <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE  |                      | <input type="checkbox"/> 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**

**Diagnostic**

Sclérose en plaques de forme rémittente à **évolution rapide** en remplacement du natalizumab

Sclérose en plaques de forme rémittente

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration du fingolimod**

Cochez tous les renseignements relatifs au traitement

En monothérapie

Natalizumab cessé pour des raisons médicales. Précisez : \_\_\_\_\_

Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

**EDSS AVANT** le début du traitement avec le fingolimod : \_\_\_\_\_ **Date de l'évaluation** ► ANNÉE MOIS JOUR

**Évolution de la maladie**

Au moins une poussée au cours de la dernière année :

Oui ► Date de la dernière poussée ► ANNÉE MOIS JOUR

Non

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.

## Fingolimod (Gilenya<sup>MC</sup>) — Sclérose en plaques de forme rémittente (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) |  |                      |
|---|--|----------------------|
| Agent modificateur de la maladie :<br>_____   | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre<br>Précisez : _____ | du _____<br>au _____ |
| Agent modificateur de la maladie :<br>_____   | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre<br>Précisez : _____ | du _____<br>au _____ |
| Agent modificateur de la maladie :<br>_____   | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre<br>Précisez : _____ | du _____<br>au _____ |
| Aucun agent modificateur  | <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre<br>Précisez : _____  |                      |

### 5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

| Diagnostic   |   |       |      |      |  |  |  |
|--|---|-------|------|------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques de forme rémittente |   |       |      |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____                 |   |       |      |      |  |  |  |
| EDSS AVANT le début du traitement avec le fingolimod : _____     | Date de l'évaluation ▶ <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  |      |      |  |  |  |
|  |   |       |      |      |  |  |  |
| EDSS ACTUEL : _____  | Date de l'évaluation ▶ <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  |      |      |  |  |  |
|  |   |       |      |      |  |  |  |
| Effet bénéfique par l'absence de détérioration                   |   |       |      |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Oui. Précisez : _____                   |   |       |      |      |  |  |  |
| <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<br>ANNÉE    MOIS    JOUR<br>                <br> |
|--|---|

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.