

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Aflibercept (Eylea^{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

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 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT AFLIBERCEPT	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	

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
<p>Administration de l'aflibercept</p> <p><input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> En association avec : <input type="checkbox"/> Ranibizumab <input type="checkbox"/> Vertéporfine <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p>	<p>Administration de l'aflibercept</p> <p><input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> En association avec : <input type="checkbox"/> Ranibizumab <input type="checkbox"/> Vertéporfine <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p>
<p>Acuité visuelle optimale après correction</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 6/12 et 6/96 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p>	<p>Acuité visuelle optimale après correction</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 6/12 et 6/96 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p>
<p>Dimension linéaire de la lésion</p> <p><input type="checkbox"/> ≤ à 12 surfaces de disque <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p>	<p>Dimension linéaire de la lésion</p> <p><input type="checkbox"/> ≤ à 12 surfaces de disque <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p>

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.

Aflibercept (Eylea^{MC}) — Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) 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"/> Autre. Précisez : _____	État du centre de la macula <input type="checkbox"/> Absence d'atteinte structurelle permanente significative* <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Évolution de la maladie des trois derniers mois confirmée par <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Changements récents de l'acuité visuelle <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Évolution de la maladie des trois derniers mois confirmée par <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Changements récents de l'acuité visuelle <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"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration	Réponse au traitement <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <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> <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	ANNÉE	MOIS	JOUR				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> <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	ANNÉE	MOIS	JOUR			
ANNÉE	MOIS	JOUR											
ANNÉE	MOIS	JOUR											

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.