

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Alemtuzumab (Lemtrada^{MC}) — Sclérose en plaques de formes rémittente

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 ALEMTUZUMAB	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
Complétez les sections 4- 6- 7

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

4 - Renseignements cliniques – Demande initiale

Indication thérapeutique

Sclérose en plaques de **forme rémittente**

Autre. Précisez : _____

EDSS AVANT le début du traitement avec l'**alemtuzumab** : _____ Date de l'évaluation ► ANNÉE MOIS JOUR

L'alemtuzumab sera administré en **monothérapie**

Oui

Non

Résumé des essais antérieurs avec agents modificateurs de la maladie ou contre-indications

Agent modificateur : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
	Précisez : _____	
Agent modificateur : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
	Précisez : _____	
Aucun agent modificateur	<input type="checkbox"/> Contre-indication <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.

Alemtuzumab (Lemtrada^{MC}) — Sclérose en plaques de formes rémittente (suite)

4 - Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)

Évolution de la maladie

Survenue de 2 poussées au cours des 2 dernières années

Date de la 1^{re} poussée ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR
_ _	_	_

Date de la 2^e poussée ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR
_ _	_	_

Autre. Précisez : _____

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement après la première année

Renseignements requis pour évaluer la réponse au traitement

Diagnostic

Sclérose en plaques de **forme rémittente**

Autre. Précisez : _____

EDSS AVANT le début du traitement avec l'alemtuzumab : _____ Date de l'évaluation ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR
_ _	_	_

EDSS ACTUEL : _____ Date de l'évaluation ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR
_ _	_	_

Réduction de la fréquence annuelle des poussées au cours de la dernière année

Oui

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.