

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Baricitinib (Olumiant^{MC}) ou Tofacitinib (citrate de) (Xeljanz^{MC}, Xeljanz^{MC} XR)
— Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave

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

3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> BARICITINIB	<input type="checkbox"/> TOFACITINIB (CITRATE DE)	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 changement de traitement Complétez les sections 4- 6- 7

Demande de renouvellement d'une autorisation Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Diagnostic ou contexte clinique

Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave

Autre. Précisez : _____

Administration

En association avec le méthotrexate

Sans méthotrexate en raison

Intolérance sérieuse au méthotrexate. Précisez : _____

Contre-indication au méthotrexate. Précisez : _____

Autrement. Précisez : _____

Évaluation immédiatement avant le début du traitement

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.

Baricitinib (Olumiant^{MC}) ou Tofacitinib (citrate de) (Xeljanz^{MC}, Xeljanz^{MC} XR) — 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 - Demande de renouvellement d'une autorisation

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
Date de l'évaluation	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR
Administration	<input type="checkbox"/> En association avec le méthotrexate <input type="checkbox"/> Sans méthotrexate <input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> En association avec le méthotrexate <input type="checkbox"/> Sans méthotrexate <input type="checkbox"/> Autrement. 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.