

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Aflibercept (Eylea^{MC}) — Déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique (OMD)

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 | NOM ET PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE | | |
| <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> | | ANNÉE | MOIS | JOUR |
| OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i> | 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 | <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE | OU | ANNÉE |
| | | | MOIS |
| | | | JOUR |

Type de demande

Demande initiale **Demande de poursuite du traitement**
 (après administration des cinq premières doses)
 Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Indication thérapeutique

Déficience visuelle due à un **œdème maculaire diabétique (OMD)**

Autre. Précisez : _____

| Œil gauche | Œil droit |
|--|--|
| Administration de l'aflibercept | |
| <input type="checkbox"/> En monothérapie | <input type="checkbox"/> En monothérapie |
| <input type="checkbox"/> En association avec : | <input type="checkbox"/> En association avec : |
| <input type="checkbox"/> Ranibizumab | <input type="checkbox"/> Ranibizumab |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |
| Acuité visuelle optimale après correction | |
| <input type="checkbox"/> Entre 6/9 et 6/96 | <input type="checkbox"/> Entre 6/9 et 6/96 |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |
| Épaisseur du centre de la rétine | |
| <input type="checkbox"/> ≥ 250 µm | <input type="checkbox"/> ≥ 250 µm |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | <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.

Aflibercept (Eylea^{MC}) — Déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique (OMD) (suite)

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Indication thérapeutique

Déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique (OMD)

Autre. Précisez : _____

Renseignements nécessaires pour évaluer, après cinq mois et plus, la réponse au traitement.

Inscrire les résultats des 2 examens suivants :

Œil gauche

Œil droit

Acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen

► Date

| | | |
|-------|------|------|
| ANNÉE | MOIS | JOUR |
| | | |

- Stabilisation
 Amélioration
 Détérioration

► Date

| | | |
|-------|------|------|
| ANNÉE | MOIS | JOUR |
| | | |

- Stabilisation
 Amélioration
 Détérioration

Œdème maculaire évalué par une tomographie de cohérence optique

► Date

| | | |
|-------|------|------|
| ANNÉE | MOIS | JOUR |
| | | |

- Stabilisation
 Amélioration
 Détérioration

► Date

| | | |
|-------|------|------|
| ANNÉE | MOIS | JOUR |
| | | |

- Stabilisation
 Amélioration
 Détérioration

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.