

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Aflibercept (Eylea<sup>MC</sup>) — Déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR)

#### 1 - Personne assurée

|  |
|--|
| CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE<br><b>OU</b> |
|--|

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

#### 3 - Médicament visé par la demande

|                                  |  |  |                 |
|----------------------------------|--|--|-----------------|
| NOM DU MÉDICAMENT<br>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   | ANNÉE MOIS JOUR |

#### 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

|  |  |
|--|--|
| <b>Indication thérapeutique</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> Déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une <b>occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR)</b><br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |  |
| <b>Œil gauche</b>  | <b>Œil droit</b>   |
| <b>Administration de l'aflibercept</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> En monothérapie<br><input type="checkbox"/> En association avec :<br><input type="checkbox"/> Ranibizumab<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____               | <input type="checkbox"/> En monothérapie<br><input type="checkbox"/> En association avec :<br><input type="checkbox"/> Ranibizumab<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |
| <b>Acuité visuelle optimale après correction</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> Entre 6/12 et 6/96<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____  | <input type="checkbox"/> Entre 6/12 et 6/96<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____  |
| <b>Épaisseur du centre de la rétine</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> ≥ 250 µm<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____  | <input type="checkbox"/> ≥ 250 µm<br><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<sup>MC</sup>) — Déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR) (suite)

### 5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

#### Indication thérapeutique

- Déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une **occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR)**
- Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Renseignements nécessaires pour évaluer, après trois 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.