

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

**Adalimumab** (Amgevita<sup>MC</sup>, Hadlima<sup>MC</sup>, Hadlima PushTouch<sup>MC</sup>, Hulio<sup>MC</sup>, Humira<sup>MC</sup>, Hyrimoz<sup>MC</sup>, Idacio<sup>MC</sup>),  
**Infliximab** (Avsola<sup>MC</sup>, Inflectra<sup>MC</sup>, Renflexis<sup>MC</sup>), **Tofacitinib (citrate de)** (Xeljanz<sup>MC</sup>),  
**Vedolizumab** (Entyvio<sup>MC</sup>) — Colite ulcéreuse modérée à grave

### 1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE  
**OU**

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*

### 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.

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

ADALIMUMAB – AMGEVITA<sup>MC</sup>  ADALIMUMAB – HUMIRA<sup>MC</sup>  INFlixIMAB – AVSOLA<sup>MC</sup>  TOFACITINIB (CITRATE DE)

ADALIMUMAB – HADLIMA<sup>MC</sup>  ADALIMUMAB – HADLIMA PUSH TOUCH<sup>MC</sup>  ADALIMUMAB – HYRIMOZ<sup>MC</sup>  INFlixIMAB – INFLECTRA<sup>MC</sup>  VEDOLIZUMAB

ADALIMUMAB – HADLIMA PUSHTOUCH<sup>MC</sup>  ADALIMUMAB – HULIO<sup>MC</sup>  ADALIMUMAB – IDACIO<sup>MC</sup>  INFlixIMAB – RENFLEXIS<sup>MC</sup>

FORME PHARMACEUTIQUE TENEUR POSOLOGIE

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU ANNÉE MOIS JOUR AU  INDÉTERMINÉE OU ANNÉE MOIS JOUR

Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. ANNÉE MOIS JOUR

### 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

**Diagnostic**

Colite ulcéreuse modérée ou grave **active**

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Résumé des essais antérieurs ou contre-indications** ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

Corticostéroïdes  Inefficacité  Intolérance  Contre-indication  Autre du \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Précisez : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**Immunosuppresseurs**

Azathioprine  Inefficacité  Intolérance  Contre-indication  Autre du \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_ Précisez : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

6- mercaptopurine  Inefficacité  Intolérance  Contre-indication  Autre du \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_ Précisez : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_  Inefficacité  Intolérance  Contre-indication  Autre du \_\_\_\_\_

Précisez : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

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.

**Adalimumab** (Amgevita<sup>MC</sup>, Hadlima<sup>MC</sup>, Hadlima PushTouch<sup>MC</sup>, Hulio<sup>MC</sup>, Humira<sup>MC</sup>, Hyrimoz<sup>MC</sup>, Idacio<sup>MC</sup>),  
**Infliximab** (Avsola<sup>MC</sup>, Inflectra<sup>MC</sup>, Renflexis<sup>MC</sup>), **Tofacitinib (citrate de)** (Xeljanz<sup>MC</sup>), **Vedolizumab** (Entyvio<sup>MC</sup>)  
— Colite ulcéreuse modérée à grave (suite)

**4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)**

**Évaluation de l'activité de la maladie**

Date de l'évaluation ► 

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

- Score Mayo
  - < 6 points
  - ≥ 6 points
- Sous-score endoscopique (du score Mayo)
  - < 2 points
  - ≥ 2 points

**5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement**

**Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement sur les points évalués initialement**

| Renseignements relatifs à l'évaluation      | Évaluation initiale       | Évaluation subséquente    |
|---|---------------------------|---------------------------|
|   | ANNÉE      MOIS      JOUR | ANNÉE      MOIS      JOUR |
| Date de l'évaluation                        | _ _      _      _         | _ _      _      _         |
| • Score Mayo                                | _____                     | _____                     |
| • Score Mayo partiel <sup>1</sup>           | _____                     | _____                     |
| • Sous-score de rectorragie (du score Mayo) | _____                     | _____                     |

<sup>1</sup>Score Mayo duquel est soustrait le sous-score endoscopique.

**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.