

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Apremilast (Otezla^{MC}) — Psoriasis en plaques chronique 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 _____ <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i> | NOM ET PRÉNOM _____ ADRESSE NUMÉRO _____ RUE _____ APP. _____ MUNICIPALITÉ _____ PROVINCE QUÉBEC CODE POSTAL _____ | DATE DE NAISSANCE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____ |
|---|---|--|

3 - Médicament visé par la demande

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| NOM DU MÉDICAMENT APREMILAST | 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. ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ | | | |

Type de demande

- Demande initiale** **Demande de poursuite du traitement**
 Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

| |
|---|
| Diagnostic <input type="checkbox"/> Psoriasis en plaques chronique grave <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |
| Administration de l'apremilast <input type="checkbox"/> Sera administré sans traitement systémique standard ou biologique <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |
| Évaluation immédiatement avant le début du traitement Date de l'évaluation ► ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ DLQI : _____ |
| Fournissez au moins UN des renseignements suivants <input type="checkbox"/> PASI : _____ <input type="checkbox"/> Présence de plaques importantes sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale. Précisez l'endroit : _____ |

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.

Apremilast (Otezla^{MC}) — Psoriasis en plaques chronique 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)

| | | |
|--|---|----------------------|
| Recours antérieur à un agent biologique pour traiter le psoriasis en plaques. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez : _____ | |
| Photothérapie Nombre de séances suivies : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Inaccessibilité <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____ | du _____ au _____ |
| Méthotrexate Posologie : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____ | du _____ au _____ |
| Cyclosporine Posologie : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____ | du _____ au _____ |
| Acitrétine Posologie : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____ | du _____ au _____ |
| Autre : _____ Posologie : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____ | du _____ au _____ |

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Renseignements nécessaires pour évaluer, après quatre mois et plus, la réponse au traitement sur les points évalués initialement

| Renseignements relatifs à l'évaluation | Évaluation initiale | | | Évaluation subséquente la plus récente | | |
|---|------------------------------|------|------|---|------|------|
| | ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR |
| Date de l'évaluation | | | | | | |
| PASI DLQI S'il y a lieu, amélioration significative des lésions sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale | _____ _____ 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
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.