

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Lomitapide (mésylate de) (Juxtapid^{MC}) — Hypercholestérolémie familiale homozygote (HFH_o) chez l'adulte

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

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT LOMITAPIDE	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	ANNÉE MOIS JOUR
	<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Hypercholestérolémie familiale **homozygote** (HFH_o) chez l'adulte

Autre. Précisez : _____

Confirmation de l'hypercholestérolémie familiale HOMOZYGOTE

Génotypage Les résultats devront être fournis sur demande

Phénotypage

- C-LDL >13 mmol/l avant le début d'un traitement pour l'hypercholestérolémie :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Présence de xanthomes avant l'âge de 10 ans :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Présence chez les deux parents d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote confirmée :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Administration du lomitapide

En association avec un traitement d'aphérèse des lipoprotéines de basse densité (LDL)

Sans traitement d'aphérèse des LDL car l'accès à un centre d'aphérèse est particulièrement difficile

Précisez : _____

Résultat récent du bilan lipidique

Date de l'évaluation ▶ ANNÉE MOIS JOUR

C-LDL : _____ mmol/l

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.

Lomitapide (mésylate de) (Juxtapid^{MC}) — Hypercholestérolémie familiale homozygote (HFH_o) chez l'adulte (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)		
Statines Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité ¹ <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Statines Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité ¹ <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Statines Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité ¹ <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Fibrates Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité ¹ <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Séquestrants de l'acide biliaire Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité ¹ <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Ezétimibe Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité ¹ <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre agent Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité ¹ <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

1 : L'inefficacité comprend la non-atteinte des valeurs cibles.

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement	Valeur de laboratoire avant le début du traitement avec le lomitapide	Valeur de laboratoire la plus récente
Diminution d'au moins 20% du C-LDL par rapport aux valeurs de base avant le début du traitement avec lomitapide <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANNÉE MOIS JOUR C-LDL : _____ mmol/l	ANNÉE MOIS JOUR C-LDL : _____ mmol/l

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.