

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Nintedanib (ésilate de) (Ofev<sup>MC</sup>), Pirfénidone (Esbriet<sup>MC</sup>) — Fibrose pulmonaire idiopathique

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

#### 3 - Médicaments visés par la demande

<input type="checkbox"/> NINTEDANIB (ÉSILATE DE)	<input type="checkbox"/> PIRFÉNIDONE	
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

<input type="checkbox"/> <b>Demande initiale</b> Complétez les sections 4- 6- 7	<input type="checkbox"/> <b>Demande de changement du traitement</b> Complétez les sections 4- 6- 7	<input type="checkbox"/> <b>Demande de renouvellement d'une autorisation</b> Complétez les sections 5- 6- 7
--	---	--

#### 4 - Renseignements cliniques

**Diagnostic ou contexte clinique**

Traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique  
 Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Tests de la fonction respiratoire**

Date de l'évaluation	ANNÉE MOIS JOUR
Capacité vitale forcée	CVF : _____ % de la valeur prédite
Capacité de diffusion du monoxyde de carbone	DLCO <sub>corr</sub> : _____ % de la valeur prédite corrigée pour l'hémoglobine
Ratio du volume expiratoire maximum en une seconde (VEMS) sur la CVF	$\frac{VEMS}{CVF} =$ _____

#### 5 - Renseignements cliniques - Demande de renouvellement d'une autorisation

Diminution en valeur absolue de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, dans les 12 derniers mois	Test de la fonction respiratoire il y a 12 mois	Test de la fonction respiratoire le plus récent
<input type="checkbox"/> Diminution <10 % <input type="checkbox"/> Diminution ≥10 % <input type="checkbox"/> Autre _____	ANNÉE MOIS JOUR CVF : _____ % de la valeur prédite	ANNÉE MOIS JOUR CVF : _____ % de la valeur prédite

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

