

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Omalizumab (Xolair^{MC}) – Urticaire chronique idiopathique modérée ou 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 _____ MUNICIPALITÉ _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____	DATE DE NAISSANCE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ APP. _____
---	--	--

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT OMALIZUMAB	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 _____

Type de demande

Demande initiale
 Complétez les sections 4- 7- 8

Demande de poursuite du traitement
 Complétez les sections 5- 7- 8

Demande subséquente lors d'une rechute après l'arrêt du traitement
 Complétez les sections 6- 7- 8

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Indication thérapeutique

Pour la personne souffrant d'urticaire chronique idiopathique (UCI) modérée ou grave
 Autre. Précisez : _____

Score selon l'échelle Urticaria Activity Score 7 (UAS7) : _____

Résumé des essais antérieurs

ANTIHISTAMINIQUES	RÉSULTATS	PÉRIODE D'ESSAI (s'il y a lieu)
Nom : _____ Posologie (dose optimisée) : _____	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____ Posologie (dose optimisée) : _____	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre agent Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre agent Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

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

