

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Alirocumab (Praluent<sup>MC</sup>) ou évolocumab (Repatha<sup>MC</sup>) — Hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe) 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.	

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b>	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
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		ANNÉE    MOIS    JOUR
	ADRESSE NUMÉRO    RUE	APP.
	MUNICIPALITÉ	PROVINCE    CODE POSTAL    NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

#### 3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> ALIROCUMAB	<input type="checkbox"/> EVOLOCUMAB	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT				
DU	ANNÉE    MOIS    JOUR	AU	<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	<b>OU</b> ANNÉE    MOIS    JOUR
				Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.

**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 ou changement du traitement

**Diagnostic**

Hypercholestérolémie familiale **hétérozygote** (HFHe) chez l'adulte  
• Maladie cardiovasculaire athéroscléreuse associée     Oui     Non

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

#### Confirmation de l'hypercholestérolémie familiale HÉTÉROZYGOTE

<input type="checkbox"/> Génométrie	Les résultats devront être fournis sur demande
<input type="checkbox"/> Phénotypage	Au moins un des éléments suivants : <input type="checkbox"/> Une histoire familiale d'HFHe confirmée par génotypage chez un parent du premier degré; <input type="checkbox"/> La présence d'une mutation causant une hypercholestérolémie familiale des gènes LDLR, ApoB ou PCSK9 chez un parent du premier degré; <input type="checkbox"/> La présence de xanthomes chez la personne ou chez un des parents du premier ou du deuxième degré; <input type="checkbox"/> La présence d'un arc cornéen avant l'âge de 45 ans chez un parent du premier degré; <input type="checkbox"/> Une histoire familiale d'une concentration de C LDL > 4,9 mmol/l chez un parent adulte du premier degré ou ≥ 4 mmol/l chez un parent du premier degré âgé de moins de 18 ans; <input type="checkbox"/> Une histoire familiale d'une concentration du cholestérol total > 7,5 mmol/l chez un parent adulte du premier ou du deuxième degré ou > 6,7 mmol/l chez un parent du premier degré âgé de moins de 16 ans.
<input type="checkbox"/> Non confirmée	Selon le critère, l'hypercholestérolémie familiale hétérozygote doit être confirmée par génotypage ou phénotypage.

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.

**Alirocumab (Praluent<sup>MC</sup>) ou évolocumab (Repatha<sup>MC</sup>)  
— Hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe) chez l'adulte (suite)**

**4 - Renseignements cliniques - Demande initiale ou changement du traitement (suite)**

**Bilan lipidique**

Au moment du diagnostic

ANNÉE MOIS JOUR

C-LDL : \_\_\_\_\_ mmol/L

Avant le début du traitement  
avec l'alirocumab ou l'évolocumab

ANNÉE MOIS JOUR

C-LDL : \_\_\_\_\_ mmol/L

**Résumé des essais antérieurs : statine en association avec l'ézétimibe**

Statine

Nom : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Utilisation à dose optimale :  Oui  Non

Inefficacité  Intolérance  Contre-indication  Autre

Précisez : \_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_

au \_\_\_\_\_

Ezétimibe

Dose : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Inefficacité  Intolérance  Contre-indication  Autre

Précisez : \_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_

au \_\_\_\_\_

Aucun essai

Précisez : \_\_\_\_\_

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

**Renseignements nécessaires pour  
évaluer la réponse au traitement**

Diminution d'au moins 40% du C-LDL par rapport  
aux valeurs de base avant le début du traitement

Oui  Non

**Valeur de laboratoire  
avant le début du traitement  
avec l'évolocumab**

ANNÉE MOIS JOUR

C-LDL : \_\_\_\_\_ mmol/L

**Valeur de laboratoire  
la plus récente**

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.