

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Alirocumab (Praluent^{MC}) ou évolocumab (Repatha^{MC})
— Hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe) chez l'adulte

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE

si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation

OU
si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père

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.

NOM ET PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE ANNÉE | MOIS | JOUR

ADRESSE NUMÉRO | RUE | APP.

MUNICIPALITÉ | PROVINCE | CODE POSTAL | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

QUÉBEC

3 - Médicament visé par la demande

ALIROCUMAB | EVOLOCUMAB | FORME PHARMACEUTIQUE | TENEUR | POSOLOGIE

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU ANNÉE | MOIS | JOUR | AU 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
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

Génotypage | Les résultats devront être fournis sur demande

Phénotypage

Au moins un des éléments suivants :

- Une histoire familiale d'HFHe confirmée par génotypage chez un parent du premier degré;
- La présence d'une mutation causant une hypercholestérolémie familiale des gènes LDLR, ApoB ou PCSK9 chez un parent du premier degré;
- La présence de xanthomes chez la personne ou chez un des parents du premier ou du deuxième degré;
- La présence d'un arc cornéen avant l'âge de 45 ans chez un parent du premier degré;
- 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;
- 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.

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^{MC}) ou évolocumab (Repatha^{MC})
— 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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Ezétimibe Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Aucun essai	Précisez : _____	

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement	Valeur de laboratoire avant le début du traitement avec l'évolocumab	Valeur de laboratoire la plus récente
Diminution d'au moins 40% du C-LDL par rapport aux valeurs de base avant le début du traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR
	C-LDL : _____ mmol/L	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.