

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

**Benralizumab (Fasenra<sup>MC</sup>, Fasenra PEN<sup>MC</sup>), mépolizumab (Nucala<sup>MC</sup>) — Traitement de l'asthme éosinophilique grave chez les adultes nécessitant un corticostéroïde oral lors d'exacerbations**

### 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> 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	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

<input type="checkbox"/> BENRALIZUMAB	<input type="checkbox"/> MÉPOLIZUMAB	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

**Demande initiale**  
Complétez les sections 4- 6- 7

**Demande de poursuite du traitement**  
Complétez les sections 5- 6- 7

### 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

**Indication thérapeutique**

Traitement de l'asthme éosinophilique grave chez l'adulte

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

### Concentration sanguine d'éosinophiles

BENRALIZUMAB	MÉPOLIZUMAB
<input type="checkbox"/> ≥ 300 cellules/microlitre (0.30 x 10 <sup>9</sup> /l) au moment d'amorcer le benralizumab	<input type="checkbox"/> ≥ 150 cellules/microlitre (0.15 x 10 <sup>9</sup> /l) au moment d'amorcer un agent ciblant l'interleukine-5 (IL-5)
<input type="checkbox"/> ≥ 300 cellules/microlitre (0.30 x 10 <sup>9</sup> /l) avant d'avoir amorcé un autre agent ciblant l'interleukine-5 (IL-5)	<input type="checkbox"/> ≥ 300 cellules/microlitre (0.30 x 10 <sup>9</sup> /l) au cours des 12 mois précédant le traitement avec un agent ciblant l'interleukine-5 (IL-5)
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

### Exacerbations

Nombre d'exacerbations **dans la dernière année** nécessitant l'usage d'un corticostéroïde oral : \_\_\_\_\_

**OU**

Nombre d'exacerbations **dans la dernière année** nécessitant une augmentation de la dose de corticostéroïde oral chez les patients qui en reçoivent de façon continue : \_\_\_\_\_

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.

## Benralizumab (Fasenra<sup>MC</sup>, Fasenra PEN<sup>MC</sup>), mépolizumab (Nucala<sup>MC</sup>) — Traitement de l'asthme éosinophilique grave chez les adultes nécessitant un corticostéroïde oral lors d'exacerbations (suite)

### 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

#### Résultat à l'un des questionnaires suivants

ANNÉE MOIS JOUR  
▶ 

--	--	--

- Asthma Control Questionnaire (ACQ) : \_\_\_\_\_
- Asthma Control Test (ACT) : \_\_\_\_\_
- St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) : \_\_\_\_\_
- Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) : \_\_\_\_\_

Pour avoir droit au remboursement de ces médicaments, les symptômes de l'asthme ne doivent pas être maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation d'un corticostéroïde inhalé à une dose équivalente à 1 000 mcg de propionate de fluticasone, d'un agoniste  $\beta_2$  à longue action et l'essai d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes, d'un antimuscarinique à longue action en inhalation ou de la théophylline.

De plus, le médecin doit avoir préalablement vérifié la technique d'inhalation, l'observance au traitement pharmacologique et la mise en place de stratégies visant à réduire l'exposition aux pneumoallergènes auxquels la personne a obtenu un résultat positif lors d'un test cutané ou d'une épreuve de réactivité in vitro.

#### Traitements reçus par la personne :

- Corticostéroïde inhalé  
Nom : \_\_\_\_\_  
Posologie : \_\_\_\_\_
- Agoniste  $\beta_2$  à longue action :  
Nom : \_\_\_\_\_  
Posologie : \_\_\_\_\_
- Antagoniste des récepteurs des leucotriènes
- Antimuscarinique à longue action en inhalation
- Théophylline

### 5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

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

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation après 8 mois de traitement	Évaluation >20 mois de traitement						
	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR						
Date de l'évaluation	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
Résultat à l'un des questionnaires suivants :								
Asthma Control Questionnaire (ACQ)	_____	_____						
Asthma Control Test (ACT)	_____	_____						
St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)	_____	_____						
Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)	_____	_____						
Nombre d'exacerbations dans la dernière année nécessitant l'usage d'un corticostéroïde oral		OU						
Nombre d'exacerbations dans la dernière année nécessitant une augmentation de la dose d'un corticostéroïde oral chez les patients qui en reçoivent de façon continue		OU						

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.

**Benralizumab (Fasenra<sup>MC</sup>, Fasenra PEN<sup>MC</sup>), mépolizumab (Nucala<sup>MC</sup>) — Traitement de l'asthme éosinophilique grave chez les adultes nécessitant un corticostéroïde oral lors d'exacerbations (suite)**

**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.**