

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Inotersen (Tegsedj<sup>MC</sup>), Patisiran (Onpattro<sup>MC</sup>) — Polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTRh)

### 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

INOTERSEN  PATISIRAN

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

**Indication thérapeutique**

Polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTRh)

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Confirmation génétique de l'ATTRh**

Oui

Non

**Score au Neuropathy Impairment Score (NIS) AVANT l'instauration du traitement**

< 5 points

de 5 à 130 points

> 130 points

**Condition ambulatoire AVANT l'instauration du traitement, qui correspond au**

Stade 1 ou 2 sur l'échelle Fonctionnal Ambulation Performance (FAP)

Stade 1, 2, 3a ou 3b sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie (PND)

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Cardiomyopathie**

Absence d'une cardiomyopathie qui correspond à la classe III ou IV de la New York Heart Association (NYHA)

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

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.

## Inotersen (Tegsedi<sup>MC</sup>), Patisiran (Onpattro<sup>MC</sup>) — Polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTRh) (suite)

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

#### Administration de l'inotersen ou du patisiran

Inotersen ou patisiran est administré en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

- Oui. Précisez lequel : \_\_\_\_\_
- Non

### 5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

#### Condition ambulatoire ACTUELLE, qui correspond au

- Stade 1 ou 2 sur l'échelle Fonctionnal Ambulation Performance (FAP)
- Stade 1, 2, 3a ou 3b sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie (PND)
- Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

#### Administration de l'inotersen ou du patisiran

Inotersen ou patisiran est administré en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

- Oui. Précisez lequel : \_\_\_\_\_
- Non

### 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  
C. P. 6600, succ. Terminus  
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.