

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Abatacept (Orencia^{MC}), certolizumab pegol (Cimzia^{MC}), étanercept (Enbrel) (Enbrel^{MC} 25 mg), sarilumab (Kevzara^{MC}) ou tocilizumab (Actemra^{MC}) — Polyarthrite rhumatoïde 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 _____

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

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

ADRESSE NUMÉRO _____ RUE _____ APP. _____

MUNICIPALITÉ _____ PROVINCE QUÉBEC _____ CODE POSTAL _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____

3 - Médicament visé par la demande

ABATACEPT Pd. Perf. I.V. ABATACEPT Sol. Inj. S.C. (ser) ÉTANERCEPT (ENBREL) Pd. Inj. S.C. 25 mg CERTOLIZUMAB PEGOL SARILUMAB Sol. Inj. S.C. TOCILIZUMAB Sol. Inj. S.C. TOCILIZUMAB Sol. Perf. I.V.

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 changement de traitement** Complétez les sections 4- 6- 7 **Demande de renouvellement d'une autorisation** Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale ou changement de traitement

À remplir seulement dans le cas d'un changement de médicament biologique

Nom du médicament biologique qui sera remplacé : _____

Changement de médicament biologique en raison d'un échec thérapeutique

Changement de médicament biologique pour une autre raison. Précisez : _____

Diagnostic ou contexte clinique

Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave

Autre. Précisez : _____

Évaluation immédiatement avant le début du traitement avec le médicament demandé

Date de l'évaluation ► ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

Nombre d'articulations avec synovite active : _____

Fournissez au moins un des renseignements suivants

Facteur rhumatoïde Positif Négatif

Érosions visibles sur les radiographies Oui Non

Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ) : _____

Valeur de la protéine C-réactive : _____ mg/l

Valeur de la vitesse de sédimentation : _____ mm/h

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.

**Abatacept (Orencia^{MC}), certolizumab pegol (Cimzia^{MC}), étanercept (Enbrel) (Enbrel^{MC} 25 mg), sarilumab (Kevzara^{MC})
ou tocilizumab (Actemra^{MC}) — Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave (suite)**

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

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)		
Méthotrexate Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Azathioprine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Hydroxychloroquine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Leflunomide Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Sulfasalazine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

5 - Renseignements cliniques - Demande de renouvellement d'une autorisation

Renseignements nécessaires pour évaluer, après cinq mois et plus, la réponse au traitement sur les points évalués initialement						
Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale			Évaluation subséquente		
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
Date de l'évaluation	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre d'articulations avec synovite active	_____			_____		
Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ)	_____			_____		
Valeur de la protéine C-réactive	_____ mg/l			_____ mg/l		
Valeur de la vitesse de sédimentation	_____ mm/h			_____ mm/h		
S'il y a lieu, retour au travail	Sans objet			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.