

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Adalimumab (Abrilada^{MC}, Amgevita^{MC}, Hadlima^{MC}, Hadlima PushTouch^{MC}, Hulio^{MC}, Hyrimoz^{MC}, Idacio^{MC}, Simlandi^{MC}, Yuflyma^{MC}), **étanercept** (Brenzys^{MC}, Erelzi^{MC}), **infiximab** (Avsola^{MC}, Inflectra^{MC}, Renflexis^{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	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	
<i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i>		ANNÉE	MOIS JOUR
OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.
	MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL
		QUÉBEC	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – ABRILADA ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HYRIMOZ ^{MC}	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – BRENZYS ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – AVSOLA ^{MC}
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – AMGEVITA ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – IDACIO ^{MC}	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ERELZI ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – INFLECTRA ^{MC}
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – SIMLANDI ^{MC}		<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – RENFLEXIS ^{MC}
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA PUSH TOUCH ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – YUFLYMA ^{MC}		
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HULIO ^{MC}			

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 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

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.

Adalimumab (Abrilada^{MC}, Amgevita^{MC}, Hadlima^{MC}, Hadlima PushTouch^{MC}, Hulio^{MC}, Hyrimoz^{MC}, Idacio^{MC}, Simlandi^{MC}, Yuflyma^{MC}),
étanercept (Brenzys^{MC}, Erelzi^{MC}), **infiximab** (Avsola^{MC}, Inflectra^{MC}, Renflexis^{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.