

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Adalimumab (Abrilada^{MC}, Amgevita^{MC}, Hulio^{MC}, Hyrimoz^{MC}, Idacio^{MC}, Simlandi^{MC}, Yuflyma^{MC})
— Arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire

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
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		CODE POSTAL
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 - Médicaments visés par la demande

<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – ABRILADA ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – AMGEVITA ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HULIO ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB - HYRIMOZ ^{MC}
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – IDACIO ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – SIMLANDI ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – YUFLYMA ^{MC}	

FORME PHARMACEUTIQUE
Sol. Perf. I.V.

TENEUR

POSOLOGIE

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

<input type="checkbox"/> Demande initiale Complétez les sections 4- 6- 7	<input type="checkbox"/> Demande de changement de traitement Complétez les sections 4- 6- 7	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire
<input type="checkbox"/> 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

Valeur de la protéine C-réactive _____ mg/l

Valeur de la vitesse de sédimentation _____ mm/h

Résumé des essais avec le méthotrexate

Méthotrexate	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____
Posologie : _____	Précisez : _____			au _____	

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}, Hulio^{MC}, Hyrimoz^{MC}, Idacio^{MC}, Simlandi^{MC}, Yuflyma^{MC}) — Arthrite idiopathique juvénile
(arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire (suite)**

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 la plus récente		
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
Date de l'évaluation						
Nombre d'articulations avec synovite active						
Nombre d'articulations avec limitation de mouvements touchées						
Valeur de la protéine C-réactive				mg/l		mg/l
Valeur de la vitesse de sédimentation				mm/h		mm/h
Score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état santé (CHAQ) ou un retour à l'école						
Évaluation globale du médecin, de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue)						

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.