

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Adalimumab (Abrilada^{MC}, Amgevita^{MC}, Hadlima^{MC}, Hadlima PushTouch^{MC}, Hudio^{MC}, Hyrimoz^{MC}, Idacio^{MC}, Simlandi^{MC}, Yuflyma^{MC}), **étanercept** (Brenzys^{MC}, Erelzi^{MC}) ou **infiximab** (Avsola^{MC}, Inflectra^{MC}, Renflexis^{MC})
— Spondylite ankylosante 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

<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

Spondylite ankylosante modérée ou grave

Autre. Précisez : _____

Évaluation immédiatement avant le début du traitement avec le médicament demandé

Date de l'évaluation ► ANNÉE MOIS JOUR

BASDAI (échelle de 0 à 10) : _____

BASFI (échelle de 0 à 10) : _____

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}) **ou infliximab** (Avsola^{MC}, Inflectra^{MC}, Renflexis^{MC})
— **Spondylite ankylosante 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)		
AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Aucun AINS	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	

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
Date de l'évaluation	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR
BASDAI	_____	_____
BASFI	_____	_____
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.