

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}), **infiximab** (Avsola^{MC}, Inflectra^{MC}, Renflexis^{MC})

— Maladie de Crohn intestinale 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 _____ <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	NOM ET PRÉNOM _____ ADRESSE NUMÉRO _____ RUE _____ MUNICIPALITÉ _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____	DATE DE NAISSANCE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ APP. _____
---	--	--

3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – ABRILADA ^{MC} (ENFANT – ADULTE)	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA PUSHTOUCH ^{MC} (ENFANT – ADULTE)	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – IDACIO ^{MC} (ENFANT – ADULTE)	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – AVSOLA ^{MC} (ENFANT – ADULTE)
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – AMGEVITA ^{MC} (ENFANT – ADULTE)	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HULIO ^{MC} (ENFANT – ADULTE)	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – SIMLANDI ^{MC} (ENFANT – ADULTE)	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – INFLECTRA ^{MC} (ENFANT – ADULTE)
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA ^{MC} (ENFANT – ADULTE)	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HYRIMOZ ^{MC} (ENFANT – ADULTE)	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – YUFLYMA ^{MC} (ENFANT – ADULTE)	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – RENFLEXIS ^{MC} (ENFANT – ADULTE)
FORME PHARMACEUTIQUE _____	TENEUR _____	POSOLOGIE _____	
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	
DU ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____	AU <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE <input type="checkbox"/> 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

Maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, présentement **active**
 Autre. Précisez : _____

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

Corticostéroïdes Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Immunosuppresseurs		
Azathioprine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
6- mercaptopurine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Méthotrexate Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ 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}, Hadlima^{MC}, Hadlima PushTouch^{MC}, Hulio^{MC}, Hyrimoz^{MC}, Idacio^{MC}, Simlandj^{MC}, Yuflyma^{MC}),
infliximab (Avsola^{MC}, Inflectra^{MC}, Renflexis^{MC}) — **Maladie de Crohn intestinale modérée ou grave (suite)**

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

- Début du traitement du médicament demandé ▶

ANNÉE		MOIS		JOUR																	
- Dernière injection ▶

ANNÉE		MOIS		JOUR																	
- Effets bénéfiques obtenus : _____

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.