

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}), **infliximab** (Avsola^{MC}, Inflectra^{MC}, Renflexis^{MC})
— Psoriasis en plaques chronique 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

ADALIMUMAB – ABRILADA^{MC} ADALIMUMAB – HYRIMOZ^{MC} ÉTANERCEPT – BRENZYS^{MC} INFLIXIMAB – AVSOLA^{MC}
Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml

ADALIMUMAB – AMGEVITA^{MC} ADALIMUMAB – IDACIO^{MC} ÉTANERCEPT – ERELZI^{MC} INFLIXIMAB – INFLECTRA^{MC}
Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml

ADALIMUMAB – HADLIMA^{MC} ADALIMUMAB – SIMLANDI^{MC} INFLIXIMAB – RENFLEXIS^{MC}

ADALIMUMAB – HADLIMA PUSH TOUCH^{MC} ADALIMUMAB – YUFLYMA^{MC}

ADALIMUMAB – HULIO^{MC}

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

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale ou changement de traitement

Diagnostic ou contexte clinique

Psoriasis en plaques chronique grave

Autre. Précisez : _____

Évaluation immédiatement avant le début du traitement

Date de l'évaluation ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

Poids (kg) : _____

DLQI : _____

Fournissez au moins UN des renseignements suivants

PASI : _____

Présence de plaques importantes sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale.
Précisez l'endroit : _____

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}, Hudio^{MC}, Hyrimoz^{MC}, Idacio^{MC}, Simlandi^{MC}, Yuflyma^{MC}), **étanercept** (Brenzys^{MC}, Erelzi^{MC}), **infliximab** (Avsola^{MC}, Inflectra^{MC}, Renflexis^{MC})
— Psoriasis en plaques chronique 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)

Photothérapie Nombre de séances suivies : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Inaccessibilité <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Méthotrexate Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Cyclosporine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Acitrétine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____

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

Renseignements nécessaires pour évaluer, après quatre 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	_____	_____	_____	_____	_____	_____
PASI	_____			_____		
DLQI	_____			_____		
Poids (kg)	_____			_____		
S'il y a lieu, amélioration significative des lésions sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale	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.