

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

**Adalimumab** (Abrilada<sup>MC</sup>, Amgevita<sup>MC</sup>, Hadlima<sup>MC</sup>, Hadlima PushTouch<sup>MC</sup>, Hulio<sup>MC</sup>, Hyrimoz<sup>MC</sup>, Idacio<sup>MC</sup>, Simlandi<sup>MC</sup>, Yuflyma<sup>MC</sup>), **étanercept** (Brenzys<sup>MC</sup>, Erelzi<sup>MC</sup>), **infliximab** (Avsola<sup>MC</sup>, Inflectra<sup>MC</sup>, Renflexis<sup>MC</sup>)  
— Arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde ou de forme autre que rhumatoïde

### 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 \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. \_\_\_\_\_

### 3 - Médicament visé par la demande

ADALIMUMAB – ABRILADA<sup>MC</sup>       ADALIMUMAB – HYRIMOZ<sup>MC</sup>       ÉTANERCEPT – BRENZYS<sup>MC</sup>       INFLIXIMAB – AVSOLA<sup>MC</sup>  
Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml

ADALIMUMAB – AMGEVITA<sup>MC</sup>       ADALIMUMAB – IDACIO<sup>MC</sup>       ÉTANERCEPT – ERELZI<sup>MC</sup>       INFLIXIMAB – INFLECTRA<sup>MC</sup>  
Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml

ADALIMUMAB – HADLIMA<sup>MC</sup>       ADALIMUMAB – SIMLANDI<sup>MC</sup>       INFLIXIMAB – RENFLEXIS<sup>MC</sup>

ADALIMUMAB – HADLIMA PUSH TOUCH<sup>MC</sup>       ADALIMUMAB – YUFLYMA<sup>MC</sup>

ADALIMUMAB – HULIO<sup>MC</sup>

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**  
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**

Arthrite psoriasique de **forme rhumatoïde**

Arthrite psoriasique de **forme autre que rhumatoïde**

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Évaluation initiale**

Date de l'évaluation ► ANNÉE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_

Poids (kg) : \_\_\_\_\_

Nombre d'articulations avec synovite active : \_\_\_\_\_

Arthrite psoriasique de <b>forme rhumatoïde</b>	Arthrite psoriasique de <b>forme autre que rhumatoïde</b>
<b>Fournissez au moins un des renseignements suivants</b>	
Érosions visibles sur les radiographies <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ) : _____
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<sup>MC</sup>, Amgevita<sup>MC</sup>, Hadlima<sup>MC</sup>, Hadlima PushTouch<sup>MC</sup>, Hulo<sup>MC</sup>, Hyrimoz<sup>MC</sup>, Idacio<sup>MC</sup>, Simlandi<sup>MC</sup>, Yuflyma<sup>MC</sup>),  
**étanercept** (Brenzys<sup>MC</sup>, Erelzi<sup>MC</sup>), **infliximab** (Avsola<sup>MC</sup>, Inflectra<sup>MC</sup>, Renflexis<sup>MC</sup>)

— Arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde ou de forme autre que rhumatoïde (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 _____
Léflunomide 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 _____
Anti-TNF Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre agent 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 la plus récente		
	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		
Poids	_____ kg			_____ kg		
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.