

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Étanercept (Brenzys^{MC}, Erelzi^{MC}) — Arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique

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.
	QUÉBEC		

3 - Médicaments visés par la demande

<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – BRENZYS ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ERELZI ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml	
FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE
		OU
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

Arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique

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 Inefficacité Intolérance Contre-indication Autre

Posologie : _____ 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.

