

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}), Infliximab (Avsola^{MC}, Inflectra^{MC}, Renflexis^{MC})

— Colite ulcéreuse modérée à 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 | CODE POSTAL | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

3 - Médicament visé par la demande

ADALIMUMAB – ABRILADA^{MC} ADALIMUMAB – HYRIMOZ^{MC} INFLIXIMAB – AVSOLA^{MC}

ADALIMUMAB – AMGEVITA^{MC} ADALIMUMAB – IDACIO^{MC} INFLIXIMAB – INFLECTRA^{MC}

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 renouvellement d'une autorisation

Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Diagnostic

Colite ulcéreuse modérée ou grave 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	du _____ au _____
Immunosuppresseurs		
Azathioprine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
6- mercaptopurine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	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}, Simlandi^{MC}, Yuflyma^{MC}),
Infliximab (Avsola^{MC}, Inflectra^{MC}, Renflexis^{MC}) — **Colite ulcéreuse modérée à grave (suite)**

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

Évaluation de l'activité de la maladie

Date de l'évaluation ►

ANNÉE MOIS JOUR

• Score Mayo

< 6 points

≥ 6 points

• Sous-score endoscopique (du score Mayo)

< 2 points

≥ 2 points

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

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement sur les points évalués initialement

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale	Évaluation subséquente
Date de l'évaluation	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR
• Score Mayo	_____	_____
• Score Mayo partiel ¹	_____	_____
• Sous-score de rectorragie (du score Mayo)	_____	_____

¹Score Mayo duquel est soustrait le sous-score endoscopique.

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.