

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Rituximab (Riabni^{MC}, Riximyo^{MC}, Ruxience^{MC} et Truxima^{MC}) — Polyarthrite rhumatoïde 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

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
		QUÉBEC	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicament visé par la demande

RITUXIMAB – RIABNI^{MC}
 RITUXIMAB – RIXIMYO^{MC}
 RITUXIMAB – RUXIENCE^{MC}
 RITUXIMAB – TRUXIMA^{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
Complétez les sections 4- 6- 7
 Demande de renouvellement d'une autorisation
Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Diagnostic ou contexte clinique

Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave
 Autre. Précisez : _____

Administration du rituximab

En association avec le méthotrexate
 En association avec le léflunomide en raison
 Intolérance au méthotrexate Contre-indication au méthotrexate
 Autre. Précisez : _____

Évaluation immédiatement avant le début du traitement avec le rituximab

Date de l'évaluation ▶ ANNÉE MOIS JOUR

Nombre d'articulations avec synovite active : _____

Fournissez au moins un des renseignements suivants

Facteur rhumatoïde Positif Négatif

Érosions visibles sur les radiographies Oui Non

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.

Rituximab (Riabni^{MC}, Riximyo^{MC}, Ruxience^{MC} et Truxima^{MC}) — Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave (suite)

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)	
Inhibiteur du facteur de nécrose tumorale alpha (anti-TNFα)	
<input type="checkbox"/> Adalimumab <input type="checkbox"/> Certolizumab <input type="checkbox"/> Etanercept <input type="checkbox"/> Infliximab <input type="checkbox"/> Golimumab <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____	
Agent biologique possédant un mécanisme d'action différent d'un anti-TNFα	
<input type="checkbox"/> Abatacept <input type="checkbox"/> Sarilumab <input type="checkbox"/> Tocilizumab <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____	
Autre essai	
Nom : _____	
<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____	
Aucun essai antérieur	
Précisez : _____	

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 la plus récente
Date de l'évaluation	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR
Date de la dernière perfusion de rituximab	Sans objet	
En association avec	<input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> Léflunomide <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> Léflunomide <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
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
S'il y a lieu, retour au travail	Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Résultat avec Rituximab	Sans objet	<input type="checkbox"/> Maladie n'est toujours pas en rémission <input type="checkbox"/> À la suite de l'atteinte d'une rémission, la maladie se réactive <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

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.