

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Certolizumab pegol (Cimzia^{MC}), étanercept (Enbrel) (Enbrel^{MC} 25 mg), golimumab (Simponi^{MC}), ixékizumab (Taltz^{MC}), sécukinumab (Cosentyx^{MC}) ou ustekinumab (Stelara^{MC}) — 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 QUÉBEC | CODE POSTAL | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. | |

3 - Médicament visé par la demande

| | | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CERTOLIZUMAB PEGOL | <input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT (ENBREL) Pd. Inj. S.C. 25 mg | <input type="checkbox"/> GOLIMUMAB Sol. Inj. S.C. | <input type="checkbox"/> IXÉKIZUMAB | <input type="checkbox"/> SÉCUKINUMAB | <input type="checkbox"/> USTEKINUMAB |
| FORME PHARMACEUTIQUE | TENEUR | POSOLOGIE | | | |
| DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT | | Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. | | | |
| DU | ANNÉE MOIS JOUR | AU | <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE | OU | 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

À remplir seulement dans le cas d'un changement de médicament biologique

Nom du médicament biologique qui sera remplacé : _____

Changement de médicament biologique en raison d'un échec thérapeutique

Changement de médicament biologique pour une autre raison. Précisez : _____

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 forme rhumatoïde | Arthrite psoriasique de forme autre que rhumatoïde |
| Fournissez au moins un des renseignements suivants Érosions visibles sur les radiographies <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 | Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ) : _____ |

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.

Certolizumab pegol (Cimzia^{MC}), étanercept (Enbrel) (Enbrel^{MC} 25 mg), golimumab (Simponi^{MC}), ixékizumab (Taltz^{MC}), sécukinumab (Cosentyx^{MC}) ou ustekinumab (Stelara^{MC}) — 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 | du _____ au _____ |
| Azathioprine Posologie : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité | <input type="checkbox"/> Intolérance | <input type="checkbox"/> Contre-indication | <input type="checkbox"/> Autre | du _____ au _____ |
| Hydroxychloroquine Posologie : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité | <input type="checkbox"/> Intolérance | <input type="checkbox"/> Contre-indication | <input type="checkbox"/> Autre | du _____ au _____ |
| Léflunomide Posologie : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité | <input type="checkbox"/> Intolérance | <input type="checkbox"/> Contre-indication | <input type="checkbox"/> Autre | du _____ au _____ |
| Sulfasalazine Posologie : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité | <input type="checkbox"/> Intolérance | <input type="checkbox"/> Contre-indication | <input type="checkbox"/> Autre | du _____ au _____ |
| Anti-TNF Nom : _____ Posologie : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité | <input type="checkbox"/> Intolérance | <input type="checkbox"/> Contre-indication | <input type="checkbox"/> Autre | du _____ au _____ |
| Autre agent Nom : _____ 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 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.