

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					
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU	<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU	ANNÉE MOIS JOUR
				Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	

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.