

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Adalimumab (Humira^{MC}), étanercept (Enbrel^{MC} 50 mg/ml, Enbrel^{MC}SureClick^{MC} 50 mg/ml), infliximab (Remicade^{MC}) — Psoriasis en plaques chronique grave

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

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

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.

NOM ET PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR

ADRESSE NUMÉRO RUE APP.

MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

QUÉBEC

3 - Médicament visé par la demande

ADALIMUMAB – HUMIRA^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml (0,8ml)

ÉTANERCEPT – ENBREL^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml

ÉTANERCEPT – ENBREL^{MC}SURECLICK^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml

INFLIXIMAB – REMICADE^{MC}

DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 3 MARS 2021

DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 19 AOÛT 2020

DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 19 AOÛT 2020

DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 19 AOÛT 2020

Autre. Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

* La personne admissible doit avoir reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux

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

4 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Diagnostic ou contexte clinique

Psoriasis en plaques chronique grave

Autre. Précisez : _____

Raison empêchant la transition vers la version biosimilaire

Femme enceinte : Date prévue de l'accouchement ANNÉE MOIS JOUR

Personne âgée de moins de 18 ans

Personne qui a eu un échec thérapeutique avec au moins 2 autres médicaments biologiques utilisés pour traiter la même condition médicale

Nom de ces médicaments : _____

Autre raison. Précisez : _____

Renseignements nécessaires pour évaluer, après quatre mois et plus, 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
PASI	_____	_____
DLQI	_____	_____
Poids (kg)	_____	_____
S'il y a lieu, amélioration significative des lésions sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale	Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

