

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

**Brodalumab (Siliq<sup>MC</sup>), étanercept (Enbrel<sup>MC</sup> 25 mg), ixékizumab (Taltz<sup>MC</sup>), risankizumab (Skyrizi<sup>MC</sup>), sécukinumab (Cosentyx<sup>MC</sup>) ou ustekinumab (Stelara<sup>MC</sup>) — 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

BRODALUMAB  ÉTANERCEPT Pd. Inj. S.C. 25 mg  IXÉKIZUMAB  RISANKIZUMAB  SÉCUKINUMAB  USTEKINUMAB

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 changement de traitement** Complétez les sections 4- 6- 7

**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

- Psoriasis en plaques chronique grave
- Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

#### Évaluation immédiatement avant le début du traitement

Date de l'évaluation ANNÉE MOIS JOUR

Poids (kg) : \_\_\_\_\_

DLQI : \_\_\_\_\_

#### Fournissez au moins UN des renseignements suivants

- PASI : \_\_\_\_\_
- Présence de plaques importantes sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale.
- Précisez l'endroit : \_\_\_\_\_

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.

**Brodalumab (Siliq<sup>MC</sup>), étanercept (Enbrel<sup>MC</sup> 25 mg), ixélikizumab (Taltz<sup>MC</sup>), risankizumab (Skyrizi<sup>MC</sup>),  
ségukinumab (Cosentyx<sup>MC</sup>) ou ustekinumab (Stelara<sup>MC</sup>) — Psoriasis en plaques chronique grave (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)		
Photothérapie Nombre de séances suivies : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Inaccessibilité <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Méthotrexate Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Cyclosporine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Acitrétine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

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

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

**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.