

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Adalimumab (Humira^{MC}) — Colite ulcéreuse modérée à 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 ADRESSE NUMÉRO RUE MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR APP. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

3 - Médicament visé par la demande

ADALIMUMAB – HUMIRA^{MC}
 Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml (0,8ml)
 DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 3 MARS 2021
 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 <input type="checkbox"/> 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

Colite ulcéreuse modérée ou grave **active**
 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 la réponse au traitement sur les points évalués initialement

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale	Évaluation subséquente
Date de l'évaluation	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR
• Score Mayo	_____	_____
• Score Mayo partiel ¹	_____	_____
• Sous-score de rectorragie (du score Mayo)	_____	_____

¹Score Mayo duquel est soustrait le sous-score endoscopique.

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

