

# DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Tofacitinib (citrate de) (Xeljanz<sup>MC</sup>, Xeljanz<sup>MC</sup>XR) — 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.	

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b> si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation <b>OU</b> 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

## 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT TOFACITINIB (CITRATE DE)	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	ANNÉE MOIS JOUR
<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE		<input type="checkbox"/> OU	

### 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

**Diagnostic ou contexte clinique**

Colite ulcéreuse modérée ou grave **active**

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Résumé des essais antérieurs ou contre-indications** ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

Corticostéroïdes Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____					
<b>Immunosuppresseurs</b>					
Azathioprine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____					
6- mercaptopurine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____					
Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____					

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

