

**DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**  
**Certolizumab pegol (Cimzia<sup>MC</sup>), étanercept (Enbrel<sup>MC</sup> 25 mg) ou golimumab (Simponi<sup>MC</sup>)**  
**— Spondylite ankylosante modérée ou grave**

**1 - Personne assurée**

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>	
<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b> <input type="text"/>	
<i>si non disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i>	
<b>OU</b> <i>si enfant de moins d'un an : Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	

**2 - Prescripteur**

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU
MUNICIPALITÉ		PROVINCE
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		CODE POSTAL
NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.		

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b> <input type="text"/>	NOM ET PRÉNOM	
<i>si non disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i>	<b>DATE DE NAISSANCE</b> ANNÉE      MOIS      JOUR	
<b>OU</b> <i>si enfant de moins d'un an : Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	ADRESSE NUMÉRO	RUE
	<b>MUNICIPALITÉ</b> PROVINCE      CODE POSTAL	
	<b>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</b> IND. RÉG.	

**3 - Médicament visé par la demande**

<input type="checkbox"/> CERTOLIZUMAB PEGOL	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT Pd. Inj. S.C. 25 mg	<input type="checkbox"/> GOLIMUMAB
FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSÉOLOGIE
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"/> <b>Demande initiale</b> Complétez les sections 4- 6- 7	<input type="checkbox"/> <b>Demande de changement de traitement</b> Complétez les sections 4- 6- 7	<input type="checkbox"/> <b>Demande de renouvellement d'une autorisation</b> 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**

Spondylite ankylosante modérée ou grave

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Évaluation immédiatement avant le début du traitement avec le médicament demandé**

Date de l'évaluation ►  ANNÉE      MOIS      JOUR

BASDAI (échelle de 0 à 10) : \_\_\_\_\_

BASFI (échelle de 0 à 10) : \_\_\_\_\_

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<sup>MC</sup>), étanercept (Enbrel<sup>MC</sup> 25 mg) ou golimumab (Simponi<sup>MC</sup>)  
— Spondylite ankylosante modérée ou 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)

AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____
	Précisez : _____				au _____
AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____
	Précisez : _____				au _____
AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____
	Précisez : _____				au _____
Aucun AINS	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre			
	Précisez : _____				

**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
Date de l'évaluation	ANNÉE      MOIS      JOUR	ANNÉE      MOIS      JOUR
BASDAI	_____	_____
BASFI	_____	_____
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.