

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Étanercept (Enbrel^{MC} 50 mg/ml, Enbrel^{MC}SureClick^{MC} 50 mg/ml)

— Arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique

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	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

<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ENBREL ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml <input type="checkbox"/> DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 1 ^{er} FÉVRIER 2018 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ENBREL ^{MC} SURECLICK ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml <input type="checkbox"/> DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 1 ^{er} FÉVRIER 2018 <input type="checkbox"/> 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.				

4 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

Diagnostic ou contexte clinique

Arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique

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 : _____

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.

Étanercept (Enbrel^{MC} 50 mg/ml, Enbrel^{MC}SureClick^{MC} 50 mg/ml)

— Arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile)
modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique (suite)

4 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement (suite)

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		
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
Date de l'évaluation						
Nombre d'articulations avec synovite active	_____			_____		
Nombre d'articulations avec limitation de mouvements touchées	_____			_____		
Valeur de la protéine C-réactive	_____ mg/l			_____ mg/l		
Valeur de la vitesse de sédimentation	_____ mm/h			_____ mm/h		
Score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état santé (CHAQ) ou un retour à l'école	_____			_____		
Évaluation globale du médecin, de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue)	_____			_____		

5 - 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.

6 - 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
Case postale 6600
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.