

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Tocilizumab (Actemra^{MC}) — Traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations articulaires ou systémiques prédominantes

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 **QUÉBEC** CODE POSTAL _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT: **TOCILIZUMAB** 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** **Demande de changement du traitement** **Demande de renouvellement d'une autorisation**
- Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale ou changement du 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

- Arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave
- avec manifestations **articulaires** prédominantes
- avec manifestations **systémiques** prédominantes
- Autre. Précisez : _____

Renseignements généraux

Évaluation immédiatement avec le début du traitement

Date de l'évaluation ► ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

Nombre d'articulations avec synovite active : _____

Fournissez au moins un des renseignements suivants

- Valeur de la protéine C-réactive : _____ mg/l
 - Valeur de la vitesse de sédimentation : _____ mm/h
 - Signe d'inflammation chronique (*manifestations systémiques prédominantes*):
- Anémie Thrombocytose
- Leucocytose

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.

Tocilizumab (Actemra^{MC}) — Traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations articulaires ou systémiques prédominantes (suite)

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale ou changement du traitement (suite)

Renseignements spécifiques aux manifestations SYSTÉMIQUES

- Persistance d'épisodes de fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
- Éruption cutanée typique
- Adénomégalie, hépatomégalie ou splénomégalie
- Inflammation ou épanchement sérieux
- Autre. Précisez : _____

Renseignements spécifiques aux manifestations ARTICULAIRES

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

Méthotrexate Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Abatacept	<input type="checkbox"/> Inefficacité Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Étanercept	<input type="checkbox"/> Inefficacité Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Infliximab	<input type="checkbox"/> Inefficacité Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Autre essai antérieur	<input type="checkbox"/> Inefficacité Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Aucun essai antérieur	<input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre			

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		
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
Date de l'évaluation						
Nombre d'articulations avec synovite active	_____			_____		
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 de santé (CHAQ) ou un retour à l'école	_____			_____		
Évaluation globale du médecin, de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue)	_____			_____		
Nombre d'articulations avec limitation de mouvements touchées	_____			_____		

Bénéfice clinique de l'atteinte systémique UNIQUEMENT

- Disparition des épisodes de fièvre
- Autre. 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.

Tocilizumab (Actemra^{MC}) — Traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations articulaires ou systémiques prédominantes (suite)

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

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.

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