

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 QUÉBEC	CODE POSTAL

3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> VEDOLIZUMAB Pd. Perf. I.V.	POSOLOGIE	DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	AU	<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU	ANNÉE	MOIS	JOUR
<input type="checkbox"/> VEDOLIZUMAB Sol. Inj. S.C.	POSOLOGIE	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							

Type de demande

Demande initiale
 Forme Pd. Perf. I.V. : Complétez les sections 4- 5- 8- 9
 Forme Sol. Inj. S.C. : Complétez les sections 4- 6- 8- 9

Demande de renouvellement d'une autorisation
 Complétez les sections 7- 8- 9

4 - Renseignements cliniques – Demande initiale

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

Colite ulcéreuse modérée ou grave chez l'adulte

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.

Vedolizumab (Entyvio^{MC}) – Colite ulcéreuse modérée ou grave chez l'adulte (suite)

5 - Renseignements cliniques – Demande initiale pour le vedolizumab Pd. Perf. I.V.

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 : _____		

Immunosuppresseurs

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 : _____		

Évaluation de l'activité de la maladie

Date de l'évaluation ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR

• Score Mayo

< 6 points

≥ 6 points

• Sous-score endoscopique (du score Mayo)

< 2 points

≥ 2 points

6 - Renseignements cliniques – Demande initiale pour le vedolizumab Sol. Inj. S.C.

La personne a reçu ou recevra au préalable au moins deux doses de vedolizumab Pd. Perf. I.V.¹ comme traitement d'induction pour la colite ulcéreuse.

Oui Non

¹ La section 5 du présent formulaire doit être remplie si le vedolizumab Pd. Perf. I.V. n'a jamais fait l'objet d'une autorisation auprès de la RAMQ pour la colite ulcéreuse.

7 - Renseignements cliniques - Demande de renouvellement d'une autorisation

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement sur les points évalués initialement

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale	Évaluation subséquente
	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR
Date de l'évaluation		
• Score Mayo	_____	_____
• Score Mayo partiel ²	_____	_____
• Sous-score de rectorragie (du score Mayo)	_____	_____

² Score Mayo duquel est soustrait le sous-score endoscopique.

8 - 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.

9 - 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.