

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Vedolizumab (Entyvio<sup>MC</sup>) – Maladie de Crohn intestinale modérée ou grave chez l'adulte

#### 1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>
--

#### 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> _____ <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>	NOM ET PRÉNOM _____ ADRESSE NUMÉRO _____ RUE _____ APP. _____ MUNICIPALITÉ _____ PROVINCE <b>QUÉBEC</b> CODE POSTAL _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____	DATE DE NAISSANCE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____
---	---	--

#### 3 - Médicament visé par la demande

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

#### Type de demande

<input type="checkbox"/> <b>Demande initiale</b> Forme Pd. Perf. I.V. : Complétez les sections 4- 5- 8- 9 Forme Sol. Inj. S.C. : Complétez les sections 4- 6- 8- 9	<input type="checkbox"/> <b>Demande de renouvellement d'une autorisation</b> Complétez les sections 7- 8- 9
--	--

#### 4 - Renseignements cliniques – Demande initiale

<b>À remplir seulement dans le cas d'un changement de médicament biologique</b> Nom du médicament biologique qui sera remplacé : _____ <input type="checkbox"/> Changement de médicament biologique en raison d'un échec thérapeutique <input type="checkbox"/> Changement de médicament biologique pour une autre raison. Précisez : _____
<b>Diagnostic ou contexte clinique</b> <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn intestinale modérée ou grave chez l'adulte <input type="checkbox"/> 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<sup>MC</sup>) – Maladie de Crohn intestinale 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 : _____					

Méthotrexate 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 : _____					

### 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.<sup>1</sup> comme traitement d'induction pour la maladie de Crohn.

Oui  Non

<sup>1</sup> 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 maladie de Crohn.

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

- Début du traitement du médicament demandé ▶ 

ANNÉE	MOIS	JOUR
_ _	_	_ _
- Dernière injection ▶ 

ANNÉE	MOIS	JOUR
_ _	_	_ _
- Effets bénéfiques obtenus : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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.