

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Risdiplam (Evrysdi^{MC}) – Amyotrophie spinale 5q

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

NOM DU MÉDICAMENT RISDIPLAM	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU	ANNÉE MOIS JOUR
<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE		<input type="checkbox"/> OU	

Type de demande

- Demande initiale**
Complétez les sections 4- 6- 7
- Demande de renouvellement d'une autorisation**
Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques – Demande initiale

Diagnostic ou contexte clinique <input type="checkbox"/> Amyotrophie spinale 5q chez une personne âgée d'au moins 2 mois <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Test génétique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Mutation ou délétion biallélique du gène <i>SMN1</i> <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Non
Copies du gène <i>SMN2</i> <input type="checkbox"/> Présence de deux, trois ou quatre copies <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Présentation de la maladie <input type="checkbox"/> Présence de symptômes <input type="checkbox"/> Absence de symptômes
Dépendance à une ventilation permanente¹ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

¹ La ventilation permanente est définie par le recours à une assistance respiratoire (invasive ou non invasive) de 16 heures ou plus par jour, pendant plus de 21 jours consécutifs, sauf si elle est liée à un épisode aigu réversible.

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.

Risdiplam (Evrysdi^{MC}) – Amyotrophie spinale 5q (suite)

4 - Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)

Résumé des essais antérieurs

• Nusinersen (Spinraza^{MC})²

- Oui
- Le nusinersen **sera cessé** avant l'instauration du traitement avec le risdiplam
- La personne n'est plus sous traitement avec le nusinersen
- Non. La personne n'a jamais été traitée avec le nusinersen

• Onasemnogène abéparvovec (Zolgensma^{MC})

- Oui
- Non

² Les personnes ayant reçu du risdiplam ne peuvent pas recevoir de nusinersen par la suite.

5 - Renseignements cliniques – Demande de renouvellement d'une autorisation

Effet clinique bénéfique observé

- Absence de détérioration significative des fonctions neuromotrices
- Absence de ventilation permanente
 Oui Non
 - Absence d'une alimentation exclusivement par voie nasogastrique ou par gastrostomie
 Oui Non
 - Stabilisation ou amélioration de la condition médicale
 Oui Non
- Autre. Précisez : _____

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.