

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

**Nintedanib (ésilate de) (Ofev<sup>MC</sup>) — Maladies pulmonaires interstitielles fibrosantes chroniques à phénotype progressif, autres que la fibrose pulmonaire idiopathique, chez l'adulte**

### 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.	

<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 _____ MUNICIPALITÉ _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____	DATE DE NAISSANCE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ APP. _____
---	--	--

### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT NINTEDANIB (ÉSILATE DE)	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 <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

**Type de demande**

**Demande initiale**  **Demande de renouvellement d'une autorisation**

Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

### 4 - Renseignements cliniques – Demande initiale

**Diagnostic ou contexte clinique**

Traitement d'une maladie pulmonaire interstitielle fibrosante chronique à phénotype progressif, autre que la fibrose pulmonaire idiopathique, chez l'adulte

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Fibrose pulmonaire confirmée par**

Tomodensitométrie à haute résolution

Biopsie

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Tests de la fonction respiratoire**

Date de l'évaluation	ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____
Capacité vitale forcée	CVF : _____ % de la valeur prédite
Capacité de diffusion du monoxyde de carbone	DLCO <sub>corr</sub> : _____ % de la valeur prédite corrigée pour l'hémoglobine
Ratio du volume expiratoire maximum en une seconde (VEMS) sur la CVF	$\frac{VEMS}{CVF} =$ _____

**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.

## Nintedanib (ésilate de) (Ofev<sup>MC</sup>) — Maladies pulmonaires interstitielles fibrosantes chroniques à phénotype progressif, autres que la fibrose pulmonaire idiopathique, chez l'adulte (suite)

### 4 - Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)

**Progression de la maladie définie par au moins un des événements suivants survenus dans les 24 derniers mois**

- Une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, d'**au moins 10 %** en valeur relative;
- Une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de **5 % à moins de 10 %** en valeur relative et une **aggravation des symptômes pulmonaires**;
- Une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de **5 % à moins de 10 %** en valeur relative et une **augmentation de l'étendue de la fibrose confirmée par tomographie**;
- Une aggravation des symptômes pulmonaires et une augmentation de l'étendue de la fibrose pulmonaire confirmée par tomographie;
- Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

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

Diminution en valeur absolue de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, dans les 12 derniers mois	Test de la fonction respiratoire il y a 12 mois	Test de la fonction respiratoire le plus récent
<input type="checkbox"/> Diminution <10 % <input type="checkbox"/> Diminution ≥10 %	ANNÉE      MOIS      JOUR	ANNÉE      MOIS      JOUR
<input type="checkbox"/> Autre _____	CVF : _____ % de la valeur prédite	CVF : _____ % de la valeur prédite

### 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.