

MÉPOLIZUMAB (NUCALA^{MC}) - TRAITEMENT DE L'ASTHME ÉOSINOPHILIQUE GRAVE CHEZ LES PERSONNES AGÉES DE 6 ANS OU PLUS NÉCESSITANT UN CORTICOSTÉROÏDE ORAL LORS D'EXACERBATIONS

IMPORTANT

Ce formulaire doit être rempli par le (la) professionnel(le) autorisé(e) à prescrire.

1. IDENTIFICATION

ASSURÉ(E)				PATIENT(E) (si autre que l'assuré(e))			
Nom		Prénom		Nom		Prénom	
N° de client à la CCQ		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Lien avec assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant			
N°	Rue		N° d'appartement		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		
Ville			Province		Cette demande a-t-elle fait l'objet d'une analyse auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou d'un autre assureur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Code postal	N° de téléphone (1)		N° de téléphone (2)		Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande.		

2. PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

Nom		Prénom		Spécialité		N° de permis	
N°	Rue		N° de bureau		Ville		
Province		Code postal		N° de téléphone		Courriel	

3. MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE

MÉPOLIZUMAB		Forme pharmaceutique		Teneur		Posologie	
Durée prévue du traitement du (AAAA-MM-JJ)		au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée <input type="checkbox"/>				Si la personne est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé (AAAA-MM-JJ).	
Type de demande <input type="checkbox"/> Demande initiale (Remplissez les sections 4-6-7) <input type="checkbox"/> Demande de poursuite du traitement (Remplissez les sections 5-6-7)							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Indication thérapeutique	
<input type="checkbox"/> Traitement de l'asthme éosinophilique grave chez les personnes âgées de 6 ans ou plus	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Concentration sanguine d'éosinophiles	
<input type="checkbox"/> ≥ 150 cellules/microlitre (0.15 x 10 ⁹ /l) au moment d'amorcer le traitement avec un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme	
<input type="checkbox"/> ≥ 300 cellules/microlitre (0.30 x 10 ⁹ /l) au cours des 12 mois précédant le traitement avec un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Exacerbations	
Nombre d'exacerbations dans la dernière année nécessitant l'usage d'un corticostéroïde oral	OU Nombre d'exacerbations dans la dernière année nécessitant une augmentation de la dose de corticostéroïde oral chez les patients qui en reçoivent de façon continue

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE (SUITE)

Résultat à l'un des questionnaires suivants

Date (AAAA-MM-JJ)

Asthma Control Questionnaire (ACQ) : _____

St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) : _____

Asthma Control Test (ACT) : _____

Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) : _____

Childhood-Asthma Control Test (C-ACT) : _____

Pour avoir droit au remboursement de ces médicaments, les symptômes de l'asthme ne doivent pas être maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation d'un corticostéroïde inhalé à une dose équivalente à 1 000 mcg, d'un agoniste β_2 à longue action et l'essai d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou d'un antimuscarinique à longue action en inhalation.

De plus, le médecin doit avoir préalablement vérifié la technique d'inhalation, l'observance au traitement pharmacologique et la mise en place de stratégies visant à réduire l'exposition aux pneumoallergènes auxquels la personne a obtenu un résultat positif lors d'un test cutané ou d'une épreuve de réactivité in vitro.

Traitements reçus par la personne

Corticostéroïde inhalé (dose élevée équivalente à 1000 mcg ou plus)

Nom

Posologie

Agoniste β_2 à longue action

Nom

Posologie

Antagoniste des récepteurs des leucotriènes

Antimuscarinique à longue action en inhalation

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

Renseignements relatifs à l'évaluation

Évaluation après 8 mois de traitement

Évaluation >20 mois de traitement

Date de l'évaluation

(AAAA-MM-JJ)

(AAAA-MM-JJ)

Résultat à l'un des questionnaires suivants

Asthma Control Questionnaire (ACQ)

Asthma Control Test (ACT)

St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)

Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)

Childhood-Asthma Control Test (C-ACT)

Nombre d'exacerbations dans la dernière année nécessitant l'usage d'un corticostéroïde oral

OU

Nombre d'exacerbations dans la dernière année nécessitant une augmentation de la dose d'un corticostéroïde oral chez les patients qui en reçoivent de façon continue

OU

6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

Le présent formulaire respecte la liberté du (de la) professionnel(le) autorisé(e) de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du (de la) pharmacien(ne) d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements pour fins d'autorisation de paiement.

Retournez le présent formulaire :

- Par Internet : Dans MÉDIC en ligne, à sel.ccq.org (si transmis par l'assuré(e))
- Par télécopieur : 514 341-4451
- Par la poste : MÉDIC Construction, C. P. 2212, succursale Chabanel, Montréal (Québec) H2N 0B8