

## CERTOLIZUMAB PEGOL (CIMZIA<sup>MC</sup>), ÉTANERCEPT (ENBREL<sup>MC</sup> 25MG), GOLIMUMAB (SIMPONI<sup>MC</sup>) OU SÉCUKINUMAB (COSENTYX<sup>MC</sup>), UPADACITINIB (RINVOQ<sup>MC</sup>) - SPONDYLITE ANKYLOSANTE MODÉRÉE OU GRAVE

**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

<input type="checkbox"/> CERTOLIZUMAB PEGOL <input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT Pd. Inj. S.C. 25 mg <input type="checkbox"/> GOLIMUMAB <input type="checkbox"/> SÉCUKINUMAB <input type="checkbox"/> UPADACITINIB							
Forme pharmaceutique		Teneur		Posologie			
Durée prévue du traitement	du (AAAA-MM-JJ)	au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée		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 changement de traitement Remplissez les sections 4-6-7		<input type="checkbox"/> Demande de renouvellement d'une autorisation Remplissez les sections 5-6-7		

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE OU CHANGEMENT DE TRAITEMENT

À remplir seulement dans le cas d'un changement de médicament biologique		
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 : _____	
Diagnostic ou contexte clinique		
<input type="checkbox"/> Spondylite ankylosante modérée ou grave <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
Évaluation immédiatement avant le début du traitement avec le médicament demandé		
Date de l'évaluation	BASDAI (échelle de 0 à 10)	BASFI (échelle de 0 à 10)

#### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE OU CHANGEMENT DE TRAITEMENT (SUITE)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
	Précisez : _____	
AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
	Précisez : _____	
AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
	Précisez : _____	
Aucun AINS	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
	Précisez : _____	

#### 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE DE RENOUELEMENT D'UNE AUTORISATION

Renseignements nécessaires pour évaluer, après cinq mois et plus, la réponse au traitement sur les points évalués initialement

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale	Évaluation subséquente la plus récente
Date de l'évaluation	Date (AAAA-MM-JJ)	Date (AAAA-MM-JJ)
BASDAI		
BASFI		
S'il y a lieu, retour au travail	Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

#### 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](http://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