

ADALIMUMAB (ABRILADA^{MC}, AMGEVITA^{MC}, HADLIMA^{MC}, HADLIMA PUSHTOUCH^{MC}, HULIO^{MC}, HYRIMOZ^{MC}, IDACIO^{MC}, SIMLANDI^{MC}, YUFLYMA^{MC}), ÉTANERCEPT (BRENZYS^{MC}, ERELZI^{MC}, RYMTI^{MC}), INFLIXIMAB (AVSOLA^{MC}, INFLECTRA^{MC}, RENFLEXIS^{MC}) - ARTHRITE PSORIASIQUE MODÉRÉE OU GRAVE DE FORME RHUMATOÏDE OU DE FORME AUTRE QUE RHUMATOÏDE

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"/> ADALIMUMAB – ABRILADA ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HYRIMOZ ^{MC}	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – BRENZYS ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml	
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – AMGEVITA ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – IDACIO ^{MC}	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ERELZI ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml	
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – SIMLANDI ^{MC}	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – RYMTI ^{MC}	
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA PUSHTOUCH ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – YUFLYMA ^{MC}	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – AVSOLA ^{MC}	
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HULIO ^{MC}		<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – INFLECTRA ^{MC}	
		<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – RENFLEXIS ^{MC}	
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 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

Diagnostic ou contexte clinique		
<input type="checkbox"/> Arthrite psoriasique de forme rhumatoïde <input type="checkbox"/> Arthrite psoriasique de forme autre que rhumatoïde <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
Évaluation initiale		
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)	Poids (kg)	Nombre d'articulations avec synovite active
Arthrite psoriasique de forme rhumatoïde		Arthrite psoriasique de forme autre que rhumatoïde
Fournissez au moins un des renseignements suivants		
Érosions visibles sur les radiographies <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ) : _____		Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ) : _____
Valeur de la protéine C-réactive : _____ mg/l		
Valeur de la vitesse de sédimentation : _____ mm/h		

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE (SUITE)

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

Méthotrexate Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Azathioprine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Hydroxychloroquine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Leflunomide Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Sulfasalazine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Anti-TNF Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	
Autre Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE DE RENOUVELLEMENT 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)
Nombre d'articulations avec synovite active		
Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ)		
Valeur de la protéine C-réactive	mg/l	mg/l
Valeur de la vitesse de sédimentation	mm/h	mm/h
Poids	kg	kg
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 (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