

**ADALIMUMAB (ABRILADA^{MC}, AMGEVITA^{MC}, HADLIMA^{MC}, HADLIMA PUSHTOUCH^{MC},
HULIO^{MC}, HYRIMOZ^{MC}, IDACIO^{MC}, SIMLANDI^{MC}, YUFLYMA^{MC}), INFLIXIMAB (AVSOLA^{MC},
INFLECTRA^{MC}, RENFLEXIS^{MC}) - COLITE ULCÉREUSE MODÉRÉE À 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"/> ADALIMUMAB – ABRILADA ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HYRIMOZ ^{MC}	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – AVSOLA ^{MC}			
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – AMGEVITA ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – IDACIO ^{MC}	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – INFLECTRA ^{MC}			
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – SIMLANDI ^{MC}	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – RENFLEXIS ^{MC}			
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA PUSHTOUCH ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – YUFLYMA ^{MC}				
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HULIO ^{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 renouvellement d'une autorisation (Remplissez les sections 5-6-7)					

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic
<input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse modérée ou grave active
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

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)

Corticostéroïdes	<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)
Nom : _____	Précisez : _____	
Immunosuppresseurs		
Azathioprine	<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)
Posologie : _____	Précisez : _____	
6-mercaptopurine	<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)
Posologie : _____	Précisez : _____	
Autre	<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 : _____	Précisez : _____	
Évaluation de l'activité de la maladie		
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)	Score Mayo <input type="checkbox"/> < 6 points <input type="checkbox"/> ≥ 6 points	Sous-score endoscopique (du score Mayo) <input type="checkbox"/> < 2 points <input type="checkbox"/> ≥ 2 points

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement sur les points évalués initialement

Date d'évaluation	Évaluation initiale (AAAA-MM-JJ)	Évaluation subséquente (AAAA-MM-JJ)
Score Mayo		
Score Mayo partiel ¹		
Sous-score de rectorragie (du score Mayo)		

¹ Score Mayo duquel est soustrait le sous-score endoscopique.

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