

TOCILIZUMAB (ACTEMRA^{MC}) - TRAITEMENT DE L'ARTHRITE JUVÉNILE IDIOPATHIQUE SYSTÉMIQUE MODÉRÉE OU GRAVE, AVEC MANIFESTATIONS ARTICULAIRES OU SYSTÉMIQUES PRÉDOMINANTES

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

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|---|--|
| Nom du médicament TOCILIZUMAB | | 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 | | <input type="checkbox"/> Demande de changement de traitement | | <input type="checkbox"/> Demande de renouvellement d'une autorisation | | | |
| Remplissez les sections 4-6-7 | | Remplissez les sections 4-6-7 | | 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"/> Arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave | |
| <input type="checkbox"/> avec manifestations articulaires prédominantes | |
| <input type="checkbox"/> avec manifestations systémiques prédominantes | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | |
| Renseignements généraux | |
| Évaluation immédiatement avec le début du traitement | |
| Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ) | Nombre d'articulations avec synovite active |
| Fournissez au moins un des renseignements suivants | |
| Valeur de la protéine C-réactive (mg/l) | Valeur de la vitesse de sédimentation (mm/h) |
| Signe d'inflammation chronique (<i>manifestations systémiques prédominantes</i>) : <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Thrombocytose <input type="checkbox"/> Leucocytose | |

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

Renseignements spécifiques aux manifestations SYSTÉMIQUES

- Persistance d'épisodes de fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
 Éruption cutanée typique
 Adénomégalie, hépatomégalie ou splénomégalie
 Inflammation ou épanchement sérieux
 Autre. Précisez : _____

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) |
| Abatacept | <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) |
| Étanercept | <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) |
| Infliximab | <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) |
| Autre essai antérieur | <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) |
| Aucun essai antérieur | <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____ | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) |

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) |
| Nombre d'articulations avec synovite active | | |
| Valeur de la protéine C-réactive | mg/l | mg/l |
| Valeur de la vitesse de sédimentation | mm/h | mm/h |
| Score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école | | |
| Évaluation globale du médecin, de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue) | | |
| Nombre d'articulations avec limitation de mouvements touchées | | |

Bénéfice clinique de l'atteinte systémique UNIQUEMENT

- Disparition des épisodes de fièvre
 Autre. Précisez : _____

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