

**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"/> RITUXIMAB – RIABNI <sup>MC</sup> <input type="checkbox"/> RITUXIMAB – RIXIMYO <sup>MC</sup> <input type="checkbox"/> RITUXIMAB – RUXIENCE <sup>MC</sup> <input type="checkbox"/> RITUXIMAB – TRUXIMA <sup>MC</sup>					
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 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"/> Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
Administration du rituximab		
<input type="checkbox"/> En association avec le méthotrexate <input type="checkbox"/> En association avec le léflunomide en raison <input type="checkbox"/> Intolérance au méthotrexate <input type="checkbox"/> Contre-indication au méthotrexate <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
Évaluation immédiatement avant le début du traitement avec le rituximab		
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)		Nombre d'articulations avec synovite active
Fournissez au moins un des renseignements suivants		
Facteur rhumatoïde <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif		Érosions visibles sur les radiographies <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
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)

Inhibiteur du facteur de nécrose tumorale alpha (anti-TNF $\alpha$ )

Adalimumab  Certolizumab  Étanercept  Infliximab  Golimumab  Autre : \_\_\_\_\_

Inefficacité  Intolérance  Contre-indication  Autre \_\_\_\_\_ du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)

Précisez : \_\_\_\_\_

Agent biologique possédant un mécanisme d'action différent d'un anti-TNF $\alpha$

Abatacept  Sarilumab  Tocilizumab  Autre : \_\_\_\_\_

Inefficacité  Intolérance  Contre-indication  Autre \_\_\_\_\_ du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)

Précisez : \_\_\_\_\_

Autre essai

Nom : \_\_\_\_\_

Inefficacité  Intolérance  Contre-indication  Autre \_\_\_\_\_ du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)

Précisez : \_\_\_\_\_

Aucun essai antérieur

Précisez : \_\_\_\_\_

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

Renseignements nécessaires pour évaluer 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)
Date de la dernière perfusion de rituximab	Sans objet	Date (AAAA-MM-JJ)
En association avec	<input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> Léflunomide <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> Léflunomide <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
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
S'il y a lieu, retour au travail	Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Résultat avec Rituximab	Sans objet	<input type="checkbox"/> Maladie n'est toujours pas en rémission <input type="checkbox"/> À la suite de l'atteinte d'une rémission, la maladie se réactive <input type="checkbox"/> 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](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