

**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}), USTEKINUMAB (WEZLANA^{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"/> USTEKINUMAB – WEZLANA ^{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 à grave | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre. 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