

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

MÉPOLIZUMAB (NUCALA^{MC}) - TRAITEMENT DE L'ASTHME ÉOSINOPHILIQUE GRAVE CHEZ LES ADULTES NÉCESSITANT UN CORTICOSTÉROÏDE ORAL LORS D'EXACERBATIONS

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

MÉPOLIZUMAB		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 poursuite du traitement (Remplissez les sections 5-6-7)			

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Indication thérapeutique	
<input type="checkbox"/> Traitement de l'asthme éosinophilique grave chez l'adulte	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Concentration sanguine d'éosinophiles	
<input type="checkbox"/> ≥ 150 cellules/microlitre ($0.15 \times 10^9/l$) au moment d'amorcer le traitement avec un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme	
<input type="checkbox"/> ≥ 300 cellules/microlitre ($0.30 \times 10^9/l$) au cours des 12 mois précédant le traitement avec un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Exacerbations	
Nombre d'exacerbations dans la dernière année nécessitant l'usage d'un corticostéroïde oral	OU Nombre d'exacerbations dans la dernière année nécessitant une augmentation de la dose de corticostéroïde oral chez les patients qui en reçoivent de façon continue

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE (SUITE)

Résultat à l'un des questionnaires suivants

Date (AAAA-MM-JJ)

<input type="checkbox"/> Asthma Control Questionnaire (ACQ) : _____	<input type="checkbox"/> St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) : _____
<input type="checkbox"/> Asthma Control Test (ACT) : _____	<input type="checkbox"/> Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) : _____

Pour avoir droit au remboursement de ces médicaments, les symptômes de l'asthme ne doivent pas être maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation d'un corticostéroïde inhalé à une dose équivalente à 1 000 mcg ou plus de propionate de fluticasone, d'un agoniste β_2 à longue action et l'essai d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes, d'un antimuscarinique à longue action en inhalation ou de la théophylline.

De plus, le médecin doit avoir préalablement vérifié la technique d'inhalation, l'observance au traitement pharmacologique et la mise en place de stratégies visant à réduire l'exposition aux pneumoallergènes auxquels la personne a obtenu un résultat positif lors d'un test cutané ou d'une épreuve de réactivité in vitro.

Traitements reçus par la personne

<input type="checkbox"/> Corticostéroïde inhalé (dose élevée équivalente à 1000 mcg ou plus)	Nom	Posologie
<input type="checkbox"/> Agoniste β_2 à longue action	Nom	Posologie
<input type="checkbox"/> Antagoniste des récepteurs des leucotriènes		
<input type="checkbox"/> Antimuscarinique à longue action en inhalation		
<input type="checkbox"/> Théophylline		

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation après 8 mois de traitement (AAAA-MM-JJ)	Évaluation >20 mois de traitement (AAAA-MM-JJ)
Date de l'évaluation		
Résultat à l'un des questionnaires suivants		
Asthma Control Questionnaire (ACQ)		
Asthma Control Test (ACT)		
St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)		
Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)		
Nombre d'exacerbations dans la dernière année nécessitant l'usage d'un corticostéroïde oral		OU
Nombre d'exacerbations dans la dernière année nécessitant une augmentation de la dose d'un corticostéroïde oral chez les patients qui en reçoivent de façon continue		OU

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