

ÉTANERCEPT (BRENZYS^{MC}, ERELZI^{MC}) - ARTHRITE IDIOPATHIQUE JUVÉNILE (ARTHRITE RHUMATOÏDE JUVÉNILE ET ARTHRITE CHRONIQUE JUVÉNILE) MODÉRÉE OU GRAVE, DE FORME POLYARTICULAIRE OU SYSTÉMIQUE

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"/> ÉTANERCEPT – BRENZYS ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml | | | | <input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ERELZI ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml | | | |
| 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 changement de traitement 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"/> Arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | | | |
| Évaluation immédiatement avant le début du traitement avec le médicament demandé | | | |
| 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) | |
| Résumé des essais avec le méthotrexate | | | |
| Méthotrexate | <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 : _____ | | |

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 | | |
| Nombre d'articulations avec limitation de mouvements touchées | | |
| 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 santé (CHAQ) ou un retour à l'école | | |
| Évaluation globale du médecin, de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue) | | |

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