

**ADALIMUMAB (ABRILADA^{MC}, AMGEVITA^{MC}, HADLIMA^{MC}, HADLIMA
PUSHTOUCH^{MC}, HULIO^{MC}, HYRIMOZ^{MC}, IDACIO^{MC}, SIMLANDI^{MC}, YUFLYMA^{MC}),
ÉTANERCEPT (BRENZYS^{MC}, ERELZI^{MC}), INFLIXIMAB (AVSOLA^{MC}, INFLECTRA^{MC},
RENFLEXIS^{MC}) - PSORIASIS EN PLAQUES CHRONIQUE 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"/> ÉTANERCEPT – BRENZYS ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml			
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – AMGEVITA ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – IDACIO ^{MC}	<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT – ERELZI ^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml			
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – SIMLANDI ^{MC}	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – AVSOLA ^{MC}			
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA PUSHTOUCH ^{MC}	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – YUFLYMA ^{MC}	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – INFLECTRA ^{MC}			
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HULIO ^{MC}		<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – RENFLEXIS ^{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 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"/> Psoriasis en plaques chronique grave		
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
Évaluation immédiatement avant le début du traitement		
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)	Poids (kg)	DLQI
Fournissez au moins UN des renseignements suivants		
<input type="checkbox"/> PASI : _____		
<input type="checkbox"/> Présence de plaques importantes sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale. Précisez l'endroit : _____		

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)

Photothérapie Nombre de séances suivies : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Inaccessibilité <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
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)
Cyclosporine 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)
Acitrétine 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)

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

Renseignements nécessaires pour évaluer, après quatre 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)
PASI		
DLQI		
Poids (kg)	kg	kg
S'il y a lieu, amélioration significative des lésions sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale	Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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