

**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}, IXIFI^{MC}, REMDANTRY^{MC}, RENFLEXIS^{MC}, REMSIMA^{MC}
SC), 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	
N° de client à la CCQ		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Lien avec assuré(e) ☐ Conjoint(e) ☐ 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 ? ☐ Oui ☐ 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

☐ ADALIMUMAB – ABRILADA ^{MC}	☐ ADALIMUMAB – IDACIO ^{MC}	☐ INFLIXIMAB – REMDANTRY ^{MC}			
☐ ADALIMUMAB – AMGEVITA ^{MC}	☐ ADALIMUMAB – SIMLANDI ^{MC}	☐ INFLIXIMAB – RENFLEXIS ^{MC}			
☐ ADALIMUMAB – HADLIMA ^{MC}	☐ ADALIMUMAB – YUFLYMA ^{MC}	☐ INFLIXIMAB – REMSIMA ^{MC} SC			
☐ ADALIMUMAB – HADLIMA PUSHTOUCH ^{MC}	☐ INFLIXIMAB – AVSOLA ^{MC}	☐ USTEKINUMAB – WEZLANA ^{MC}			
☐ ADALIMUMAB – HULIO ^{MC}	☐ INFLIXIMAB – INFLECTRA ^{MC}				
☐ ADALIMUMAB – HYRIMOZ ^{MC}	☐ INFLIXIMAB – IXIFI ^{MC}				
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 ☐ Demande initiale (Remplissez les sections 4-6-7) ☐ Demande de renouvellement d'une autorisation (Remplissez les sections 5-6-7)					

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic			
☐ Colite ulcéreuse modérée à grave			
☐ Autre. Précisez : _____			
Évaluation de l'activité de la maladie			
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)	Score Mayo ☐ < 6 points ☐ ≥ 6 points	Sous-score endoscopique (du score Mayo) ☐ < 2 points ☐ ≥ 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