

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

INOTERSEN (TEGSEDI^{MC}), PATISIRAN (ONPATTRO^{MC}) - POLYNEUROPATHIE CHEZ LES ADULTES ATTEINTS D'AMYLOSE HÉRÉDITAIRE DE LA TRANSTHYRÉTINE (ATTRh)

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 Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande.		
Code postal	N° de téléphone (1)		N° de téléphone (2)				

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"/> INOTERSEN <input type="checkbox"/> PATISIRAN		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 poursuite du traitement (Remplissez les sections 5-6-7)							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Indication thérapeutique							
<input type="checkbox"/> Polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTRh)							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Confirmation génétique de l'ATTRh							
<input type="checkbox"/> Oui							
<input type="checkbox"/> Non							
Score au Neuropathy Impairment Score (NIS) AVANT l'instauration du traitement							
<input type="checkbox"/> < 5 points							
<input type="checkbox"/> de 5 à 130 points							
<input type="checkbox"/> > 130 points							
Condition ambulatoire AVANT l'instauration du traitement, qui correspond au							
<input type="checkbox"/> Stade 1 ou 2 sur l'échelle Fonctionnal Ambulation Performance (FAP)							
<input type="checkbox"/> Stade 1, 2, 3a ou 3b sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie (PND)							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE (SUITE)

Cardiomyopathie

Absence d'une cardiomyopathie qui correspond à la classe III ou IV de la New York Heart Association (NYHA)

Autre. Précisez : _____

Administration de l'inotersen ou du patisiran

Inotersen ou patisiran est administré en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

Oui. Précisez lequel : _____

Non

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Condition ambulatoire ACTUELLE, qui correspond au

Stade 1 ou 2 sur l'échelle Fonctionnal Ambulation Performance (FAP)

Stade 1, 2, 3a ou 3b sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie (PND)

Autre. Précisez : _____

Administration de l'inotersen ou du patisiran

Inotersen ou patisiran est administré en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

Oui. Précisez lequel : _____

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