

**Strictement confidentiel**  
**Formulaire d'Autorisation Préalable**  
**Pour les modificateurs de la réponse biologique**

**Veillez envoyer le formulaire par télécopieur au 1-902-481-7114**  
**ou par la poste à l'adresse suivante : MHCSI, 201 Brownlow Avenue, Unit 20**  
**Dartmouth (Nouvelle-Écosse) B3B 1W2**

Le présent formulaire doit être rempli **AU COMPLET** et présenté à MHCSI aux fins de l'autorisation de la couverture d'un modificateur de la réponse biologique par le régime d'assurance médicaments de votre employeur. La couverture sera accordée en fonction de certains critères et si cette catégorie de médicaments est couverte par votre régime. Veuillez communiquer avec MHCSI pour connaître les critères s'appliquant à ces médicaments. L'approbation peut être assortie de limites quant à la quantité ou à la valeur monétaire, selon le régime.

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

NOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISS. : \_\_\_\_\_  
(EN MAJUSCULES)

ADRESSE : \_\_\_\_\_ (RUE/BOÎTE POSTALE) \_\_\_\_\_ (VILLE)  
\_\_\_\_\_ (PROVINCE) \_\_\_\_\_ (CODE POSTAL)

NUMÉRO DE CARTE MHCSI : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(NUMÉRO DE GROUPE) (NUMÉRO DE CERTIFICAT OU DE CLIENT)

*J'autorise par la présente mon médecin, mon infirmier praticien et/ou mon pharmacien à fournir en mon nom l'information qui doit être fournie sur le présent formulaire pour la demande de couverture d'un modificateur de la réponse biologique par mon régime d'assurance médicaments.*

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

**À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN, L'INFIRMIER PRATICIEN**  
**ou LE PHARMACIEN EN CONSULTATION AVEC LE MÉDECIN OU**  
**L'INFIRMIER PRATICIEN**

*Cher docteur/infirmier praticien/pharmacien : Nous vous saurions gré de fournir les informations sur l'état de santé du patient susmentionné et ses antécédents de traitement qui sont exigées par le commanditaire du régime d'assurance médicaments aux fins de l'approbation des réclamations pour un modificateur de la réponse biologique. Veuillez remplir AU COMPLET les sections suivantes du présent formulaire. Les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge du patient.*

<b>Médicament – un médicament générique peut être utilisé, le cas échéant</b>	<b>Dose/fréquence</b>
<input type="checkbox"/> Simponi, seringue préremplie	DIN 02324776
<input type="checkbox"/> Infliximab (Remicade)	DIN 02244016
<input type="checkbox"/> Golimumab (Simponi)	DIN 02324776
<input type="checkbox"/> Étanercept (Enbrel), 25 mg	DIN 02242903
<input type="checkbox"/> Étanercept (Enbrel), 50 mg	DIN 02324776
<input type="checkbox"/> Adalimumab (Humira)	DIN 02258595
<input type="checkbox"/> Certolizumab (Cimzia)	DIN 02331675
<input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :	
<input type="checkbox"/> Abatacept (Orencia)	DIN 02282097
<input type="checkbox"/> Rituximab (Rituxan)	DIN 02241927
<input type="checkbox"/> Anakinra (Kineret)	DIN 02241927
Demande de _____ couverture initiale _____ poursuite du traitement	

## RENSEIGNEMENTS À L'APPUI DE LA DEMANDE DU MÉDICAMENT

<b><u>Diagnostic</u></b>		
<input type="checkbox"/> Spondylarthrite ankylosante <input type="checkbox"/> Polyarthrite psoriasique <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde <input type="checkbox"/> Arthrite chronique juvénile	<input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Autre	
<b><u>Antécédents Pharmaceutiques</u></b>		
<i>(relatifs aux problèmes de santé)</i>		
<input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydrochloroquine <input type="checkbox"/> Azathioprine	<input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Association de médicaments <input type="checkbox"/> Acitrétine (Soriatane) <input type="checkbox"/> Cyclosporine <input type="checkbox"/> Autre	
<b><u>Résultat du Traitement</u></b>		
<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Effet indésirable <input type="checkbox"/> Échec du traitement <input type="checkbox"/> Autre		
Veuillez préciser :		
<b>Autres renseignements sur les problèmes de santé</b>		
Autres renseignements pour l'indication du <b>psoriasis</b>	<input type="checkbox"/> Surface corporelle touchée > 10 % <input type="checkbox"/> Atteinte importante du visage, des mains, des pieds ou de la région des organes génitaux <input type="checkbox"/> Échec de la photothérapie, intolérance ou traitement non disponible	
Autres renseignements pour l'indication du la <b>spondylarthrite ankylosante</b>	<input type="checkbox"/> Indice BASDAI ≥ 4 <input type="checkbox"/> Symptômes axiaux <input type="checkbox"/> Symptômes périphériques <input type="checkbox"/> AINS essayés _____	
<b>Nom et signature du médecin / infirmier praticien :</b>	<b>Téléphone :</b>	<b>Date :</b>
<b>Nom et signature du pharmacien :</b>	<b>Code de pharmacie, emplacement, téléphone :</b>	<b>Date :</b>
<b>À USAGE INTERNE SEULEMENT</b>		
<b>Décision</b>	<input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé	<b>Date</b>
		<b>Quantité</b>
	<b>Approuvé par</b>	<b>ou date de fin</b>
<b>Prolongation possible</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		