



Formulaire d'autorisation préalable Remicade® (infiximab) Veuillez télécopier ce formulaire au 905 712-6329

Section I : Doit être remplie par le patient ou l'adhérent

Nom du patient :	Date de naissance :
Nom de l'assureur :	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
N° de groupe :	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Pers. à charge
N° de certificat :	N° tél. :
Adresse :	

À l'adhérent (ou à son tuteur) :

Afin que ce formulaire soit traité sans délai, veuillez remplir la présente section et apporter le formulaire à votre médecin pour qu'il le remplisse.

AUTORISATION : En mon nom et au nom des personnes à ma charge, j'autorise le promoteur de mon régime d'assurance collective et ses agents à échanger les renseignements personnels contenus sur le présent formulaire. Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés qu'à des fins d'administration et de gestion de mon régime d'assurance collective. Ce consentement restera valide aussi longtemps que les personnes à ma charge et moi-même serons couverts en vertu du contrat d'assurance collective ou que nous serons admissibles à des prestations dans le cadre dudit contrat, de ses modifications éventuelles, de son renouvellement ou de sa remise en vigueur.

Nom de l'adhérent :	Signature :	Date :
---------------------	-------------	--------

Section II : Doit être remplie par le médecin prescripteur

Docteur,

Veuillez nous transmettre les renseignements demandés par l'assureur sur l'état de santé et les antécédents pharmacologiques de votre patient en vue du remboursement de Remicade®. Les médicaments assujettis au Programme d'autorisation préalable sont autorisés et remboursés sous certaines conditions seulement. S'il est prescrit pour le traitement des maladies indiquées ci-dessous, Remicade® peut être remboursé uniquement si le patient n'est pas admissible à un remboursement au titre d'un régime provincial d'assurance médicaments et s'il répond aux critères énumérés ci-dessous.

Veuillez cocher la case appropriée :

Le patient reçoit ou recevra le traitement en milieu hospitalier Oui Non

Veuillez indiquer l'indication pour laquelle le médicament est prescrit :

- Spondylarthrite ankylosante** : Pour la réduction des signes et des symptômes des poussées évolutives de la spondylarthrite ankylosante et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les patients atteints de cette maladie dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante ou qui le tolèrent mal.
- Maladie de Crohn** : Pour la réduction des signes et des symptômes des poussées évolutives des formes modérées à graves de la maladie de Crohn dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante (p. ex., les corticostéroïdes et les immunodépresseurs).
- Maladie de Crohn avec fistulisation** : Pour le traitement de la maladie de Crohn avec fistulisation, chez les adultes réfractaires à un traitement standard complet et approprié (p. ex., les corticostéroïdes et les immunodépresseurs).
- Psoriasis** : pour le traitement des adultes atteints de formes modérées à graves de psoriasis en plaques chronique et candidats à la photothérapie ou à un traitement systémique. Le patient a présenté une réponse inadéquate à au moins un des quatre traitements suivants ou y est intolérant : l'acitrétine, le méthotrexate, la cyclosporine et la photothérapie. Le patient est traité par un dermatologue.
- Rhumatisme psoriasique** : pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction d'une importante réponse clinique, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale associée à l'arthrite en phase active et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique.
- Polyarthrite rhumatoïde** : En association avec le méthotrexate, pour la réduction des signes et des symptômes, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les adultes présentant des poussées évolutives des formes modérées à graves de polyarthrite rhumatoïde.
- Colite ulcéreuse** : Pour la réduction des signes et des symptômes des poussées évolutives des formes modérées à graves de la colite ulcéreuse ainsi que pour l'induction et le maintien de la rémission clinique, l'induction et le maintien de la guérison de la muqueuse et la réduction ou l'abandon du recours aux corticostéroïdes chez les patients dont la réponse au traitement standard (p. ex., les aminosalicylés, les immunodépresseurs ou les stéroïdes).

Veuillez énumérer les médicaments déjà utilisés :

Nom du médecin :	N° téléphone :
Adresse :	N° télécopieur :
	N° permis d'exercice :
	Spécialité :

Souhaitez-vous être informé de notre décision? Oui Non Le cas échéant, de quelle façon? Télécopieur Poste

Signature du médecin :	Date :
------------------------	--------

Veuillez noter que vous avez le droit d'en appeler de la décision rendue par ESI Canada. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du patient. **Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli par télécopieur au 905 712-6329 ou par la poste à : ESI Canada, Service des listes et programmes, 5770, rue Hurontario, 10^e étage, Mississauga (Ontario) L5R 3G5.**

À L'USAGE EXCLUSIF DE ESI CANADA

Code de référence de l'AP : _____ Approuvée Refusée Formulaire incomplet Revu par : _____ Date : _____
Mise à jour : mars 2008