



## Demande d'autorisation préalable

ADTRALZA (tralokinumab)

### Directives

**Veillez remplir la Partie A, puis faire remplir la Partie B par votre médecin.** Le fait de remplir et de soumettre le présent formulaire ne garantit en rien que la demande d'autorisation préalable sera approuvée. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire incombent au participant. Les médicaments soumis au Programme d'autorisation préalable ne peuvent être remboursés que si le patient n'est pas admissible à un remboursement au titre d'un autre régime ou d'un régime provincial d'assurance médicaments et que si le patient utilise le médicament dans le cadre d'une indication approuvée par Santé Canada. Les critères relatifs aux médicaments d'exception de la RAMQ pourraient s'appliquer au Québec. L'approbation ou le refus de la demande repose sur des critères cliniques établis en fonction des renseignements sur les indications approuvées par Santé Canada et sur des protocoles cliniques factuels. Le participant sera avisé si sa demande a été approuvée ou refusée. Veuillez noter que vous avez le droit d'en appeler de la décision rendue par Express Scripts Canada.

### Partie A – Patient

#### Renseignements sur le patient

Prénom :		Nom :	
Nom ou numéro de l'assureur :			
Numéro de groupe :		Numéro de certificat :	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :		Statut dans le cadre du régime : <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Personne à charge	
Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse :			
Ville :	Province :	Code postal :	
Adresse courriel :			
Téléphone (domicile) :	Téléphone (cellulaire) :	Téléphone (travail) :	

#### Coordination des prestations

<b>Programme de soutien aux patients</b>	Le patient est-il inscrit à un programme de soutien aux patients? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Personne-ressource : _____ Télécopieur : _____
<b>Couverture par le régime provincial</b>	Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un régime d'assurance médicaments provincial? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? <input type="checkbox"/> Médicament couvert <input type="checkbox"/> Médicament non couvert <b>*Joindre la lettre faisant état de la décision*</b>
<b>Couverture par un autre régime (premier payeur)</b>	Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? <input type="checkbox"/> Médicament couvert <input type="checkbox"/> Médicament non couvert <b>*Joindre la lettre faisant état de la décision*</b>

### Autorisation

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

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date



# Demande d'autorisation préalable

ADTRALZA (tralokinumab)

## Partie B – Médecin prescripteur

Veuillez lire les directives à la page 1 et remplir toutes les sections ci-dessous. La demande sera rejetée si des champs sont laissés vides. Veuillez **ne pas** fournir les résultats de tests génétiques.

### SECTION 1 – MÉDICAMENT VISÉ PAR L'AUTORISATION PRÉALABLE

ADTRALZA (tralokinumab)				<input type="checkbox"/> Première demande	<input type="checkbox"/> Renouvellement*
Posologie	Voie d'administration (p. ex., orale, intraveineuse)	Fréquence	Durée du traitement		
Où le médicament sera-t-il administré?					
<input type="checkbox"/> Domicile		<input type="checkbox"/> Bureau du médecin / clinique de perfusion		<input type="checkbox"/> Hôpital (patient externe)	
				<input type="checkbox"/> Hôpital (patient hospitalisé)	

\* Veuillez fournir une preuve de la couverture antérieure du médicament, si elle est accessible.

### SECTION 2 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

1. Veuillez indiquer si les critères ci-dessous sont respectés :

#### Dermatite atopique

##### PREMIÈRE DEMANDE

- Traitement de la dermatite atopique modérée à sévère. ET
- Le patient est âgé d'au moins 12 ans. ET
- Le pourcentage de la surface corporelle affectée est d'au moins 10 %, ou le visage, les mains, les pieds ou la zone génitale sont touchés par la maladie. ET
- Le patient a obtenu un score de 3 ou plus à l'échelle d'évaluation globale réalisée par l'investigateur (IGA, *Investigator's Global Assessment*). ET
- Le patient a obtenu un score EASI (*Eczema Area Severity Index*/Indice d'étendue et de gravité de l'eczéma) de 16 ou plus. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à au moins 2 corticostéroïdes topiques puissants ou inhibiteurs topiques de la calcineurine. *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à un traitement à action générale. *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

##### RENOUVELLEMENT

- Le patient a obtenu une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport au début du traitement. Veuillez indiquer ci-dessous le score du patient au début du traitement ainsi que son score actuel.

DÉBUT DU TRAITEMENT		ACTUELLEMENT	
Date (AAAA-MM-JJ)	Score EASI	Date (AAAA-MM-JJ)	Score EASI



# Demande d'autorisation préalable

ADTRALZA (tralokinumab)

OU

Aucun des critères ci-dessus ne s'applique.

Renseignements additionnels pertinents :

## 2. Médicaments déjà essayés

Médicament	Posologie et voie d'administration	Durée du traitement		Raison de la cessation du traitement	
		Du	Au	Réponse inadéquate	Allergie ou intolérance
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
N° de permis d'exercice :	Spécialité :
Signature du médecin :	Date :

**Veillez télécopier ou poster le formulaire dûment rempli à Express Scripts Canada<sup>MD</sup>**

**Télécopieur :**  
Services cliniques d'Express Scripts Canada  
1 855 712-6329

**Poste :**  
Services cliniques d'Express Scripts Canada  
5770, rue Hurontario, 10<sup>e</sup> étage  
Mississauga, ON L5R 3G5