

Couvert à la fois pour les femmes ménopausées (code MS153) et les hommes atteints d'ostéoporose par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) par l'entremise d'une autorisation spéciale¹

Prolia® est indiqué² :

- dans le traitement des femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose qui sont à risque élevé de fractures, ce dernier étant défini par des antécédents de fractures ostéoporotiques ou la présence de multiples facteurs de risque de fractures, ou chez qui d'autres traitements contre l'ostéoporose ont échoué ou n'ont pas été tolérés. Chez les femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose, Prolia réduit l'incidence des fractures vertébrales, non vertébrales et de la hanche.
- comme traitement visant à accroître la masse osseuse chez les hommes atteints d'ostéoporose qui sont à risque élevé de fractures, ce dernier étant défini par des antécédents de fractures ostéoporotiques ou la présence de multiples facteurs de risque de fractures, ou chez qui d'autres traitements contre l'ostéoporose ont échoué ou n'ont pas été tolérés.
- comme traitement visant à accroître la masse osseuse chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate non métastatique qui reçoivent un traitement antiandrogénique et qui sont à risque élevé de fractures.
- comme traitement visant à accroître la masse osseuse chez les femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique qui reçoivent un inhibiteur de l'aromatase (IA) comme traitement adjuvant, qui ont une masse osseuse faible et qui sont à risque élevé de fractures.
- comme traitement visant à accroître la masse osseuse chez les femmes et les hommes qui sont à risque élevé de fractures en raison d'une corticothérapie continue par voie générale.
- comme traitement visant à accroître la masse osseuse chez les femmes et les hommes à risque élevé de fractures qui commencent ou qui ont commencé récemment une corticothérapie de longue durée.

Veillez consulter la monographie du produit au www.amgen.ca/Prolia_PM_Fre.pdf afin d'obtenir des renseignements importants au sujet des contre-indications, des mises en garde, des précautions, des effets indésirables, des interactions, de la posologie et des conditions liées à l'usage clinique. La monographie du produit peut également être obtenue par téléphone au 1-866-502-6436.

CRITÈRES¹ :

- Pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.
- Pour le traitement de l'ostéoporose chez les hommes à risque élevé de fractures ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.

« RAMQ » est la marque officielle de la Régie de l'assurance maladie du Québec.



Prolia est aussi couvert par tous les régimes privés d'assurance-médicaments au Québec.



Références : 1. Régie de l'assurance maladie du Québec. Liste de médicaments – Établissements – Modification n°1 et Correction n°1, 32^e édition, entrant en vigueur le 16 août 2018. Consulté le 17 août 2018. http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/medicaments/codes-medicaments-exception/codes_medicaments_exception.pdf. 2. Monographie de Prolia. Amgen Canada Inc., 25 juin 2019.

Formulaire de la RAMQ – Directives

Imprimer Effacer

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Denosumab (Prolia^{MC}) – Traitement de l'ostéoporose chez l'homme

<p>1 - Personne assurée</p> <p>CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <i>OU</i> NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</p> <p>NOM ET PRÉNOM _____ DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR _____</p> <p>ADRESSE NUMÉRO RUE BUREAU _____ MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL _____</p> <p><small>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</small> <i>OU</i> <small>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</small></p>	<p>2 - Prescripteur</p> <p>NOM ET PRÉNOM _____ N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE _____</p> <p>ADRESSE NUMÉRO RUE BUREAU _____ MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL _____</p> <p>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____ NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG. _____</p>																				
<p>3 - Médicament visé par la demande</p> <p>NOM DU MÉDICAMENT DENOSUMAB FORME PHARMACEUTIQUE TENEUR POSOLOGIE Sol. Inj. S.C. (ser) 60 mg/ml</p> <p>DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT DU ANNÉE MOIS JOUR AU <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE <i>OU</i> ANNÉE MOIS JOUR</p> <p><small>Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.</small></p>																					
<p>4 - Renseignements cliniques</p> <p>Indication thérapeutique</p> <p><input type="checkbox"/> Traitement de l'ostéoporose chez l'homme <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p> <p>Risque de fractures</p> <p><input type="checkbox"/> Élevé</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédent de fracture ostéoporotique : ▶ Localisation : _____ ANNÉE MOIS JOUR _____</p> <p><input type="checkbox"/> Valeur du score T actuel : _____ ▶ Date de l'évaluation ANNÉE MOIS JOUR _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autres facteurs de risque. Précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p> <p>Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Bisphosphonate oral</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Intolérance</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Contre-indication</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Autre</td> <td style="width: 30%;">du _____</td> </tr> <tr> <td>Nom : _____</td> <td colspan="3">Précisez : _____</td> <td>au _____</td> </tr> <tr> <td>Bisphosphonate oral</td> <td><input type="checkbox"/> Intolérance</td> <td><input type="checkbox"/> Contre-indication</td> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> <td>du _____</td> </tr> <tr> <td>Nom : _____</td> <td colspan="3">Précisez : _____</td> <td>au _____</td> </tr> </table>		Bisphosphonate oral	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____	Nom : _____	Précisez : _____			au _____	Bisphosphonate oral	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____	Nom : _____	Précisez : _____			au _____
Bisphosphonate oral	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____																	
Nom : _____	Précisez : _____			au _____																	
Bisphosphonate oral	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____																	
Nom : _____	Précisez : _____			au _____																	

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

8183 235 1808 Continuez à la p. 2 ▶

OSTÉOPOROSE CHEZ L'HOMME

Préciser l'indication thérapeutique.

Le formulaire **DOIT** mentionner que le patient présente un risque élevé de fractures. Indiquer la date et la localisation de la dernière fracture, la valeur du score T et la date d'évaluation ainsi que tout facteur de risque supplémentaire.

Le formulaire **DOIT** mentionner que les bisphosphonates ne peuvent pas être utilisés en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.