

Demande d'autorisation de paiement

Médicament d'exception

*Le présent formulaire est destiné aux **prescripteurs autorisés**.*

Il doit être utilisé pour soumettre une demande d'autorisation de paiement pour un médicament d'exception.

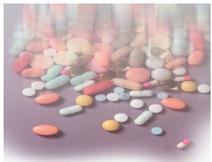
Les annexes du formulaire portant sur certains médicaments d'exception permettent de fournir tous les renseignements nécessaires au traitement le plus rapide possible de la demande.

Rien dans le formulaire et ses annexes ne porte atteinte à la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande et à celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance.

Pour imprimer, sélectionnez successivement:

- **le formulaire;**
- **l'annexe de votre choix.**

IMPORTANT: après les avoir imprimés, remplissez-les puis expédiez-les-nous dans le même envoi.



À lire attentivement

Étapes à suivre :

Le formulaire peut être utilisé seul ou avec une annexe pour certains médicaments mentionnés dans la section des annexes.

Sélectionnez uniquement les pages que vous désirez imprimer.

Vous devez les **remplir à la main, en lettres majuscules**.

Dans tous les cas, le formulaire et ses annexes doivent nous parvenir par télécopieur ou par courrier, selon les indications paraissant à la section « **Envoi du formulaire** ».

Directives pour remplir le formulaire :

1- Personne assurée

Prenez soin de remplir tous les champs. Il est essentiel d'inscrire correctement le numéro d'assurance maladie de la personne assurée ou, s'il n'est pas disponible, le numéro demandé.

2- Prescripteur autorisé (tel que défini dans la Loi sur l'assurance médicaments, section 2.)

Remplissez tous les champs et inscrivez correctement votre numéro d'inscription à la Régie.

3- Médicament demandé

Prenez soin de remplir tous les champs.

4- Justification de la demande

Inscrivez le diagnostic.

La signature du prescripteur autorisé est **obligatoire**.

Les annexes du formulaire portant sur certains médicaments d'exception permettent de donner tous les renseignements complémentaires, ce qui accélère le traitement de la demande.

Choisir l'annexe appropriée :

Clopidogrel

Donépézil, rivastigmine ou galantamine

Époétine alfa

Estrogènes sans progestatif par voie transdermique

Étanercept - arthrite psoriasique

Étanercept ou infliximab - arthrite juvénile

Étanercept, infliximab ou adalimumab - polyarthrite rhumatoïde

Ézétimibe

Formules nutritives monomériques et polymériques

Pioglitazone ou rosiglitazone

Répaglinide

Il est essentiel de reporter votre numéro d'inscription à la Régie ainsi que le numéro d'assurance maladie de la personne assurée sur l'annexe utilisée.

Dans tous les autres cas, utilisez le cadre « Justification de la demande » pour mettre en évidence la conformité de l'ordonnance aux indications donnant droit au paiement. Celles-ci sont énumérées dans les renseignements généraux, au début de la Liste de médicaments.

Envoi du formulaire :

Quel qu'en soit l'expéditeur, le formulaire et ses annexes doivent nous parvenir :

• par télécopieur à l'un des numéros ci-après :

- à Québec : 418 646-5653 ou

- ailleurs au Québec, sans frais : 1 866 312-3858

• ou par courrier à l'adresse qui suit :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Service de l'expertise pharmaceutique

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3

En cas de besoin, vous pouvez nous joindre avec l'aide du système **Info Prof** :

• par téléphone : Région de Québec : 418 528-7763

Montréal et ailleurs au Québec : 1 800 463-7763

Entrez les sept chiffres de votre numéro de professionnel ou d'autre dispensateur.

Composez le code 4100.

FORMULAIRE

1- Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

2- Prescripteur autorisé

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE IND. RÉG.	TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.		

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation OU si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE		
		ANNÉE	MOIS	JOUR
	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
	MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
		Québec		

3- Médicament visé par la demande IMPORTANT: Utiliser un formulaire pour chaque médicament.

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT								
			ANNÉE	MOIS	JOUR						
POSOLOGIE			DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	AU	ANNÉE	MOIS	JOUR	
			Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.			ANNÉE	MOIS	JOUR			
La médication sera administrée:			<input type="checkbox"/> à domicile, au CLSC ou au cabinet privé			<input type="checkbox"/> dans un CH, CHSLD, centre d'hébergement public, privé conventionné, y compris aux consultations externes d'un établissement.			<input type="checkbox"/> ailleurs, précisez		

4- Justification de la demande Inscrire toute information pertinente permettant d'évaluer la demande

Large empty box for justification of the request.

DIAGNOSTIC	SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ	DATE
		ANNÉE MOIS JOUR

À L'USAGE DE LA RÉGIE

DURÉE AUTORISÉE DU PAIEMENT	QUANTITÉ MAXIMALE PAYABLE	DEMANDE ÉVALUÉE PAR	DATE
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR
DU			

Large empty box for additional information.

Retourner le présent formulaire

- par télécopieur à Québec: 418 646-5653
 ailleurs au Québec, sans frais: 1 866 312-3858
- ou par courrier: Régie de l'assurance maladie du Québec
 Service de l'expertise pharmaceutique
 Case postale 6600
 Québec (Québec) G1K 7T3



Numéro d'assurance maladie de la personne assurée

Numéro d'inscription du prescripteur à la Régie

Envoyez cette annexe avec le formulaire

RETOUR AU FORMULAIRE

Donépézil, rivastigmine ou galantamine

Diagnostic :

- Maladie d'Alzheimer
- Démence à corps de Lewy
- Démence mixte
- Autre type de démence précisez :

Le traitement est-il débuté ? : oui non

Date du début du traitement : Année mois jour

Dans le cas d'une demande initiale remplir la section 1.
 Dans le cas d'une demande subséquente remplir la section 2.

1) Demande initiale

MMSE avant la prise du médicament : Date : Année mois jour Non disponible

Justifiez si MMSE s'élève à plus de 26

Degré d'atteinte en date du : Année mois jour

	Intact	Léger	Modéré	Sévère
Fonctionnement intellectuel y compris la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVD et AVQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Demande subséquente

MMSE précédent : Date : Année mois jour Non disponible

MMSE actuel : Date : Année mois jour Non disponible

Justifiez si MMSE actuel est de moins de 10 et/ou si la diminution est de plus de 3 points par période de 6 mois

Évolution des symptômes en date du : Année mois jour

	Amélioration	Stabilisation	Détérioration
Fonctionnement intellectuel y compris la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVD et AVQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires, s'il y a lieu :

Rien dans le formulaire et ses annexes ne porte atteinte à la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande et à celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance.

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

DATE ANNÉE MOIS JOUR



Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Envoyez cette annexe avec le formulaire

RETOUR
AU FORMULAIRE

Époétine alfa

Lieu d'administration

Hôpital, y compris service des consultations externes CLSC
 Clinique privée

Nom

Numéro, rue, localité

Autre, précisez

Voie d'administration

Sous-cutanée Intraveineuse

1) Demande initiale

Anémie liée à l'insuffisance rénale chronique grave :

Sous dialyse

Avant le début de la dialyse

clairance de la créatinine : _____ ml/min

ou créatinine sérique : _____ mg/ml

poids : _____ kg

Anémie liée à une autre pathologie, précisez

Anémie hémolytique

Oui

Non

Y a-t-il présence de symptômes?

Si oui

Date de l'apparition de ceux-ci

Précisez-en la nature :

Oui Non

Année

Mois

Jour

Le traitement a-t-il débuté?

Non

Oui

Date de début :

Année

Mois

Jour

Année

Mois

Jour

Taux d'hémoglobine avant l'époétine : _____ g/l

Y-a-t-il carence?

Fer

Oui

Non

Vitamine B₁₂

Oui

Non

Acide folique

Oui

Non

Autres situations :

2) Renouvellements d'autorisation pour la poursuite du traitement avec l'époétine alfa

- Pour la première demande de renouvellement, après la période d'essai de trois mois, remplir les colonnes 1 et 2.

- Pour les demandes subséquentes, remplir les trois colonnes. Si l'information requise dans les colonnes 1 et 2 a déjà été fournie à la Régie, ne remplir que la troisième colonne.

	1 Avant le début du traitement à l'époétine	2 Après la période d'essai de trois mois à l'époétine	3 Au moment d'une demande subséquente
Date du bilan	Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour
Hémoglobine ou	_____ g/l ou	_____ g/l ou	_____ g/l ou
Numération des réticulocytes	_____ nombre de réticulocytes/litre	_____ nombre de réticulocytes/litre	_____ nombre de réticulocytes/litre

Rien dans le formulaire et ses annexes ne porte atteinte à la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande et à celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance.

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

DATE

ANNÉE

MOIS

JOUR



Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Envoyez cette annexe avec le formulaire

RETOUR
AU FORMULAIRE

Estrogènes sans progestatif par voie transdermique

Essai d'estrogènes
per os? OUI

Marque de commerce essayée: _____

Année(s) de l'essai: _____

NON (*remplir la section 3 ou 4, le cas échéant*)

1) Intolérance aux estrogènes per os :

apparition ou aggravation des problèmes digestifs
précisez _____

apparition ou aggravation des migraines

apparition ou aggravation de l'hypertension

apparition ou aggravation d'autres symptômes
précisez _____

2) Inefficacité des oestrogènes per os. Posologie essayée :

problème de malabsorption,
précisez la pathologie _____

autres causes,
précisez _____

3) Contre-indication aux estrogènes per os précisez _____

4) Autre _____

Rien dans le formulaire et ses annexes ne porte atteinte à la liberté
du médecin de prescrire le médicament visé par la demande et à
celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance.

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

DATE
ANNÉE MOIS JOUR



Numéro d'assurance maladie de la personne assurée

Numéro d'inscription du prescripteur à la Régie

Envoyez ces deux pages avec le formulaire

RETOUR AU FORMULAIRE

Étanercept - arthrite psoriasique

Lieu d'administration Hôpital, y compris service des consultations externes CLSC
 Clinique privée _____
Nom

Autre, précisez _____
Numéro, rue, localité

Médicament visé **Étanercept**: posologie requise _____

Diagnostic Arthrite psoriasique modérée ou grave Autre type d'arthrite, précisez
 Arthrite psoriasique de forme rhumatoïde _____

Le traitement a-t-il débuté?

Non Oui Date de début: Année Mois Jour

Dans le cas d'une **demande initiale**, lors de l'instauration du traitement ou lorsqu'il a débuté il y a **moins de cinq mois**, remplissez la section 1.

Dans le cas d'une **demande de poursuite** du traitement, après **cinq mois et plus** d'utilisation du médicament, remplissez la section 2 à la page suivante.

1) Demande initiale (lors de l'instauration du traitement ou lorsqu'il a débuté il y a moins de cinq mois)

Évaluation, immédiatement avant le début du traitement, avec un agent modulateur de la réponse biologique :

Date: Année Mois Jour

Nombre d'articulations avec une synovite active: _____

ARTHRITE PSORIASIQUE DE FORME RHUMATOÏDE

Fournissez au moins un des renseignements suivants:

- Valeur de la protéine C-réactive: _____ mg/L
- Valeur de la vitesse de sédimentation: _____ mm/h
- Érosions visibles sur les radiographies: Oui Non
- Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ): _____

ARTHRITE PSORIASIQUE

- Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ): _____

Traitements essayés antérieurement:

Méthotrexate

Oui Période d'essai: du _____ au _____

Posologie au cours des trois derniers mois: _____

Raison de l'arrêt:

- inefficacité
- intolérance, précisez _____

Non Raison de l'inutilisation: _____
 contre-indication, précisez _____
 autres raisons, précisez _____

N'oubliez pas de signer l'annexe à la page suivante



Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Envoyez ces deux pages
avec le formulaire

Étanercept - arthrite psoriasique (suite)

Sulfasalazine

Oui ▶ Période d'essai : du _____ au _____

Posologie au cours des trois derniers mois : _____

Raison de l'arrêt :

- inefficacité
 intolérance, précisez _____

Non ▶ Raison de l'inutilisation :

- contre-indication, précisez _____
 autres raisons, précisez _____

Autres agents de rémission

Agent et teneur, précisez _____

Période d'essai :

du _____
au _____

Raison de l'arrêt :

- inefficacité
 intolérance, précisez _____

Agent et teneur, précisez _____

Période d'essai :

du _____
au _____

Raison de l'arrêt :

- inefficacité
 intolérance, précisez _____

2) Demande de poursuite du traitement (lorsque le traitement a débuté depuis cinq mois et plus)

Renseignements nécessaires pour évaluer, après **cinq mois et plus**, la réponse au traitement sur les points évalués initialement.

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale*	Évaluation subséquente la plus récente	À l'usage de la Régie
	Année Mois Jour	Année Mois Jour	
Date de l'évaluation	_____	_____	
Nombres d'articulations avec synovite active	_____	_____	
Fournissez au moins un des renseignements suivants :			
Valeur de la protéine C-réactive	_____ mg/L	_____ mg/L	
Valeur de la vitesse de sédimentation	_____ mm/h	_____ mm/h	
Score au questionnaire pédiatrique de l'état de santé (HAQ)	_____	_____	
S'il y a lieu, retour au travail	Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
* Ne remplissez pas cette section si les renseignements ont déjà été fournis à la Régie.			

Si vous avez d'autres commentaires, veuillez les indiquer sur le formulaire *Demande d'autorisation de paiement médicament d'exception* dans la section « Justification de la demande ».

Rien dans le formulaire et ses annexes ne porte atteinte à la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande et à celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance.

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

DATE

ANNÉE MOIS JOUR



Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Envoyez ces deux pages
avec le formulaire

RETOUR
AU FORMULAIRE

Étanercept ou infliximab - arthrite juvénile

Lieu d'administration Hôpital, y compris service des consultations externes CLSC
 Clinique privée _____
Nom

Autre, précisez _____
Numéro, rue, localité

Médicament visé **Étanercept**: posologie requise _____ mg/kg
poids _____ kg **Infliximab**: posologie requise _____ mg/kg
poids _____ kg

Diagnostic Arthrite idiopathique juvénile modérée ou grave: forme polyarticulaire
 forme systémique
 autre forme, précisez _____
 Autre type d'arthrite, précisez _____

Le traitement a-t-il débuté?
 Non Oui ► Date de début: _____
Année Mois Jour

Dans le cas d'une **demande initiale**, lors de l'instauration du traitement ou lorsqu'il a débuté il y a **moins de cinq mois**, remplissez la section 1.

Dans le cas d'une **demande de poursuite** du traitement, après **cinq mois et plus** d'utilisation du médicament, remplissez la section 2 à la page suivante.

1) Demande initiale (lors de l'instauration du traitement ou lorsqu'il a débuté il y a moins de cinq mois)

Évaluation, immédiatement avant le début du traitement, avec un agent modulateur de la réponse biologique :

Date: _____
Année Mois Jour

Nombre d'articulations avec synovite active: _____

Fournissez au moins un des renseignements suivants :

- valeur de la protéine C-réactive: _____ mg/L

- valeur de la vitesse de sédimentation: _____ mm/h

Essai préalable du **méthotrexate** :

Oui ► Période d'essai: du _____ au _____

Posologie au cours des trois derniers mois: _____

Raison de l'arrêt:

inefficacité

intolérance, précisez _____

Non ► Raison de l'inutilisation:

contre-indication, précisez _____

autres raisons, précisez _____

N'oubliez pas de signer l'annexe à la page suivante



Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Envoyez ces deux pages
avec le formulaire

Étanercept ou infliximab - arthrite juvénile (suite)

2) Demande de poursuite du traitement (lorsque le traitement a débuté depuis cinq mois et plus)

Renseignements nécessaires pour évaluer, après **cinq mois et plus**, la réponse au traitement sur les points évalués initialement.

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale*	Évaluation subséquente la plus récente	À l'usage de la Régie
	Année Mois Jour	Année Mois Jour	
Date de l'évaluation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombres d'articulations avec synovite active	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fournir au moins un des renseignements suivants :			
Valeur de la protéine C-réactive	<input type="text"/> mg/L	<input type="text"/> mg/L	
Valeur de la vitesse de sédimentation	<input type="text"/> mm/h	<input type="text"/> mm/h	
Score au questionnaire pédiatrique de l'état de santé (CHAQ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Évaluation globale du médecin (échelle visuelle analogue)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Évaluation globale du patient ou de l'un des parents (échelle visuelle analogue)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre d'articulations avec limitation de mouvement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
S'il y a lieu, retour à l'école	Sans objet	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
* Ne pas remplir cette section si les informations ont déjà été fournies antérieurement à la Régie.			

Si vous avez d'autres commentaires, veuillez les indiquer sur le formulaire *Demande d'autorisation de paiement médicament d'exception* dans la section « Justification de la demande ».

Rien dans le formulaire et ses annexes ne porte atteinte à la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande et à celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance.

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

DATE
ANNÉE MOIS JOUR



Numéro d'assurance maladie de la personne assurée

Numéro d'inscription du prescripteur à la Régie

Envoyez ces deux pages avec le formulaire

RETOUR AU FORMULAIRE

Étanercept, infliximab ou adalimumab - polyarthrite rhumatoïde

Lieu d'administration

Hôpital, y compris service des consultations externes CLSC

Clinique privée

Nom

Autre, précisez

Numéro, rue, localité

Médicament visé

Étanercept : posologie requise _____

Infliximab : posologie requise _____ mg/kg
poinds _____ kg

Adalimumab : posologie requise _____

Diagnostic

Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave : Autre type d'arthrite, précisez

Le traitement a-t-il débuté ?

Non

Oui

Date de début :

Année

Mois

Jour

Dans le cas d'une **demande initiale**, lors de l'instauration du traitement ou lorsqu'il a débuté il y a **moins de cinq mois**, remplissez la section 1.

Dans le cas d'une **demande de poursuite** du traitement, après **cinq mois et plus** d'utilisation du médicament, remplissez la section 2 à la page suivante.

1) Demande initiale (lors de l'instauration du traitement ou lorsqu'il a débuté il y a moins de cinq mois)

Évaluation, immédiatement avant le début du traitement, avec un agent modulateur de la réponse biologique :

Date: Année Mois Jour

Nombre d'articulations avec synovite active : _____

Fournissez au moins un des renseignements suivants :

- Facteur rhumatoïde positif présent : Oui Non

- Valeur de la protéine C-réactive : _____ mg/L

- Valeur de la vitesse de sédimentation : _____ mm/h

- Érosions au niveau radiologique présentes : Oui Non

- Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ) : _____

Traitements essayés antérieurement :

Méthotrexate :

Oui Non Période d'essai : du _____ au _____

Posologie au cours des trois derniers mois : _____

Raison de l'arrêt :

inefficacité

intolérance, précisez

Non Raison de l'inutilisation :

contre-indication, précisez

autres raisons, précisez

N'oubliez pas de signer l'annexe à la page suivante



Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Étanercept, infliximab ou adalimumab - polyarthrite rhumatoïde (suite)

Léflunomide :

Oui ▶ Période d'essai : du _____ au _____

Posologie au cours des trois derniers mois : _____

Raison de l'arrêt :

- inefficacité
 intolérance, précisez _____

Non ▶ Raison de l'inutilisation :

- contre-indication, précisez _____
 autres raisons, précisez _____

Autres agents de rémission :

Agent et teneur, précisez _____

Période d'essai :

du _____
au _____

Raison de l'arrêt :

- inefficacité
 intolérance, précisez _____

Agent et teneur, précisez _____

Période d'essai :

du _____
au _____

Raison de l'arrêt :

- inefficacité
 intolérance, précisez _____

2) Demande de poursuite du traitement (lorsque le traitement a débuté depuis cinq mois et plus)

Renseignements nécessaires pour évaluer, après **cinq mois et plus**, la réponse au traitement sur les points évalués initialement.

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale*	Évaluation subséquente la plus récente	À l'usage de la Régie
	Année Mois Jour	Année Mois Jour	
Date de l'évaluation	_____	_____	
Nombres d'articulations avec synovite active	_____	_____	
Fournir au moins un des renseignements suivants :			
Valeur de la protéine C-réactive	_____ mg/L	_____ mg/L	
Valeur de la vitesse de sédimentation	_____ mm/h	_____ mm/h	
Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ)	_____	_____	
S'il y a lieu, retour au travail	Sans objet	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
* Ne pas remplir cette section si les informations ont déjà été fournies antérieurement à la Régie.			

Si vous avez d'autres commentaires, veuillez les indiquer sur le formulaire *Demande d'autorisation de paiement médicament d'exception* dans la section « Justification de la demande ».

Rien dans le formulaire et ses annexes ne porte atteinte à la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande et à celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance.

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

DATE
ANNÉE MOIS JOUR



Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Envoyez ces deux pages
avec le formulaire

RETOUR
AU FORMULAIRE

Ézétimibe

Association avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine) Oui Non

Conditions médicales associées pouvant influencer le traitement

Maladies hépatiques actives ou chroniques Oui Non

Insuffisance rénale légère modérée grave (Clcr ≤ 35 ml/min)

Autres

.....
.....

Traitement hypolipémiant

Médicament	Thérapie		Dose de départ mg/jour	Dose max. mg/jour	Durée du traitement	Autres renseignements
	en cours √	cessée √				
Atorvastatine (Lipitor ^{MC})						<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance Précisez <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez
Fluvastatine (Lescol ^{MC})						<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance Précisez <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez
Lovastatine (Mevacor ^{MC} et autres)						<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance Précisez <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez
Pravastatine (Pravachol ^{MC} et autres)						<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance Précisez <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez
Rosuvastatine (Crestor ^{MC})						<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance Précisez <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez
Simvastatine (Zocor ^{MC} et autres)						<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance Précisez <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez

N'oubliez pas de signer l'annexe à la page suivante



Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

**Envoyez ces deux pages
avec le formulaire**

Ézétimibe (suite)

Médicament	Thérapie		Dose de départ mg/jour	Dose max. mg/jour	Durée du traitement	Autres renseignements
	en cours √	cessée √				
Bézafibrate (Bezalip ^{MC} et autres)						<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance Précisez <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez
Fénofibrate <input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> micronisé <input type="checkbox"/> microenrobé						<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance Précisez <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez
Gemfibrozil (Lopid ^{MC} et autres)						<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance Précisez <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez :
Cholestyramine (Questran ^{MC} et autres)						<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance Précisez : <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez :
Colestipol (Colestid ^{MC} et autres)						<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance Précisez <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez
Acide nicotinique (Niacine ^{MC} et autres)						<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance Précisez <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez

Commentaires, s'il y a lieu :

.....

.....

.....

*Rien dans le formulaire et ses annexes ne porte atteinte à la liberté
du médecin de prescrire le médicament visé par la demande et à
celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance.*

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

DATE
ANNÉE MOIS JOUR



Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Envoyez cette annexe avec le formulaire

RETOUR
AU FORMULAIRE

Formules nutritives monomériques et polymériques

Y a-t-il eu une évaluation en diététique? non oui

Remplissez uniquement la catégorie qui correspond à la situation de votre patient

1) **Alimentation entérale (gavage):** permanente temporaire

précisez le diagnostic: _____

2) **Source de nutrition pour une personne atteinte de FIBROSE KYSTIQUE**

3) **Source de nutrition pour un ENFANT souffrant de:**

malnutrition liée à une condition médicale
précisez laquelle: _____

malabsorption liée à une condition médicale
précisez laquelle: _____

retard staturo-pondéral

lié à une condition médicale
précisez laquelle: _____

décrochage observé sur la courbe de croissance
depuis le: Année mois jour

mesures d'enrichissement à l'alimentation régulière essayées à ce jour: _____

importance du retard actuel

précisez la valeur du percentile correspondant à la vitesse
de croissance pour l'âge osseux de la personne visée: _____ %

4) **Source de nutrition dans toute autre circonstance (alimentation orale totale):**
Pourcentage de l'apport calorique quotidien comblé par la prise de formules nutritives: _____ %

Pathologie sous-jacente empêchant l'ingestion des aliments réguliers:

dysphagie dysfonction oesophagienne maldigestion malabsorption

Commentaires: _____

Précisez les raisons qui empêchent toute ingestion d'aliments semi-solides ayant la même valeur nutritive qu'une boîte de supplément nutritif: _____

Réintroduction des aliments réguliers:

prévue le: Année mois jour

date indéterminée

impossible Précisez: _____

Rien dans le formulaire et ses annexes ne porte atteinte à la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande et à celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance.

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

DATE
ANNÉE MOIS JOUR



Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Envoyez cette annexe avec le formulaire

RETOUR
AU FORMULAIRE

Pioglitazone ou rosiglitazone

Diagnostic :

Diabète type 2 Insuffisance rénale : Oui Non

Intolérance observée avec :

la metformine
précisez :

une sulfonylurée
précisez le nom de la sulfonylurée :
précisez la nature de l'intolérance :

Contre-indication à l'utilisation :

de la metformine
précisez la contre-indication :

d'une sulfonylurée
précisez le nom de la sulfonylurée :
précisez la contre-indication :

Absence de contrôle optimal du diabète (traitements antérieurs) :

a) Metformine non oui Date du début de l'essai : Année mois jour Durée de l'essai :
Posologie essayée :

b) Sulfonylurée non oui Nom du produit :
Date du début de l'essai : Année mois jour Durée de l'essai :
Posologie essayée :

c) Insuline non oui Date du début de l'essai : Année mois jour Durée de l'essai :

Autres :

Rien dans le formulaire et ses annexes ne porte atteinte à la liberté
du médecin de prescrire le médicament visé par la demande et à
celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance.

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

DATE
ANNÉE MOIS JOUR



Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Envoyez cette annexe avec le formulaire

RETOUR
AU FORMULAIRE

Répaglinide

Diagnostic :

Diabète **type 2** Insuffisance rénale : Oui Non

Contre-indication à l'utilisation d'une sulfonylurée

nature de la contre-indication : _____

Intolérance observée avec une sulfonylurée

nom du produit utilisé : _____

nature de l'intolérance : _____

date du début de l'essai : _____

Année mois jour

Absence de contrôle optimal du diabète :

nom de la sulfonylurée essayée : _____

date du début de l'essai : _____

Année mois jour

durée de l'essai : _____

posologie : _____

Autres :

Rien dans le formulaire et ses annexes ne porte atteinte à la liberté
du médecin de prescrire le médicament visé par la demande et à
celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance.

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

DATE
ANNÉE MOIS JOUR
