

Important : Pour une demande n'ayant jamais été autorisée par la RAMQ, remplissez toutes les sections sauf la 9.
 Pour prolonger une demande déjà autorisée par la RAMQ, remplissez les sections 1, 2, 3, 4, 8, 9 et 10.

<p>1- Personne assurée</p> <p style="text-align: center;">CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE OU</p> <p>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</p> <p style="font-size: small;">Si non disponible : numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation OU Si l'enfant a moins d'un an : numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</p>	<p>2- Prescripteur autorisé</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">NOM ET PRÉNOM</td> <td>N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE</td> </tr> <tr> <td>ADRESSE NUMÉRO</td> <td>RUE</td> <td>BUREAU</td> </tr> <tr> <td colspan="2">LOCALITÉ</td> <td>PROVINCE</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>CODE POSTAL</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE IND. RÉG.</td> <td colspan="2">TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.</td> </tr> </table>	NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	LOCALITÉ		PROVINCE			CODE POSTAL	TÉLÉPHONE IND. RÉG.	TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.							
NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE																				
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU																				
LOCALITÉ		PROVINCE																				
		CODE POSTAL																				
TÉLÉPHONE IND. RÉG.	TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.																					
<p>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</p> <p style="font-size: small;">Si non disponible : numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation OU Si l'enfant a moins d'un an : numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">NOM ET PRÉNOM</td> <td>Date de naissance</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">A M J</td> </tr> <tr> <td>ADRESSE NUMÉRO</td> <td>RUE</td> <td>APP.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">LOCALITÉ</td> <td>PROVINCE</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>CODE POSTAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>TÉLÉPHONE IND. RÉG.</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">Québec</td> </tr> </table>	NOM ET PRÉNOM		Date de naissance			A M J	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	LOCALITÉ		PROVINCE			CODE POSTAL			TÉLÉPHONE IND. RÉG.			Québec
NOM ET PRÉNOM		Date de naissance																				
		A M J																				
ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.																				
LOCALITÉ		PROVINCE																				
		CODE POSTAL																				
		TÉLÉPHONE IND. RÉG.																				
		Québec																				

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

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	Date	DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT	Date
			DU	AU	Date
			A M J	A M J	A M J
POSOLOGIE				Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	
				Date	
				A M J	

4- Indication thérapeutique et objectif de traitement

Pour un médicament en soins de confort pour une personne en phase terminale de sa maladie, complétez uniquement les sections 4, 7, 8 et 10.

A. Diagnostic et indication thérapeutique :

B. Objectif thérapeutique visé :

5- Renseignements sur la chronicité de la condition à traiter, au sens du règlement[†]

Date de début des symptômes, des complications ou des manifestations de la maladie : Date A | M | J

Si la condition à traiter est épisodique, précisez la fréquence et la durée des épisodes :

6- Renseignements sur la gravité de la condition à traiter, au sens du règlement[†]

Si le traitement avec le médicament faisant l'objet de cette demande est déjà commencé, répondez en tenant compte de l'état de la personne avant le début de ce traitement.

A. Veuillez préciser le degré de limitation fonctionnelle physique en lien avec le diagnostic visé :

(*) Légende :

0 = aucune limitation

1 = limitation légère

2 = limitation modérée

3 = limitation grave

4 = limitation extrême

TYPE D'ACTIVITÉS	DEGRÉ DE LIMITATION *
Activités physiques (marche, montée des escaliers, soulèvement d'un objet ou autre)	
Activités quotidiennes à la maison (hygiène personnelle, préparation des repas, ménage ou autre)	
Activités quotidiennes en dehors de la maison (emploi rémunéré ou non, fréquentation scolaire, emplettes, loisirs, pratique d'un sport ou autre)	
Activités sociales (repas au restaurant, cinéma, visites chez des membres de la famille, bénévolat ou autre)	

B. En l'absence d'atteintes fonctionnelles physiques, y a-t-il pour cette personne un risque que l'évolution de sa condition ou ses complications entraînent des répercussions sur son état en terme de morbidité ou de mortalité?

Non Oui ▶ Si oui, précisez :

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

6- Renseignements sur la gravité de la condition à traiter, au sens du règlement* (suite)

C. Si cette personne présente des atteintes fonctionnelles psychologiques découlant de la condition à traiter, veuillez les décrire et en préciser leur gravité :

D. Si une échelle d'évaluation de la gravité de la condition à traiter existe ou des résultats d'examen sont disponibles, veuillez les fournir (par exemple, échelle visuelle analogue). S'il s'agit d'un symptôme, décrivez-en l'intensité, la fréquence et la durée :

E. Une investigation en spécialité a-t-elle été effectuée? Précisez :

▶ Joignez les résultats d'examens cliniques pertinents à cette demande, incluant un rapport d'investigation en spécialité, s'il y a lieu (par exemple imagerie, score T, valeurs de laboratoire).

7- Renseignements servant à déterminer si le médicament faisant l'objet de cette demande constitue un dernier recours, au sens du règlement*

A. Précisez les traitements médicaux et les médicaments reçus pour traiter cette condition, la posologie de ces médicaments, la durée de ces traitements et la raison de leur arrêt :

B. Quels autres médicaments et traitements médicaux reconnus efficaces pour le traitement de cette condition ne peuvent être prescrits à cause des conditions particulières au présent cas? Dites pourquoi.

C. Si le traitement avec le médicament faisant l'objet de cette demande a débuté, précisez la date de début et les effets bénéfiques observés :

8- Autres renseignements en lien avec la situation particulière de cette personne

9- Renseignements cliniques (poursuite d'une autorisation ayant déjà été accordée par la RAMQ)

Précisez les effets bénéfiques de ce médicament depuis le début du traitement :

* Il s'agit du règlement de la mesure du patient d'exception, qui est disponible sur le site de la RAMQ, à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca

10- Signature du prescripteur

Date

A | M | J

Le présent formulaire respecte la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements pour fins d'autorisation de paiement.

Retournez le présent formulaire

- par télécopieur à Québec : 418 646-5653
ailleurs au Québec, sans frais : 1 866 312-3858

Conservez l'original

- ou par courrier : Régie de l'assurance maladie du Québec
Expertise professionnelle (pharmacie)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3