

Demande d'autorisation du service de biopsie embryonnaire et de test génétique préimplantatoire

Mesure temporaire

Ce formulaire doit être rempli dans le cadre d'un projet de procréation médicalement assistée. Remplissez-le pour demander l'autorisation du service de biopsie embryonnaire et de test génétique préimplantatoire pour les personnes atteintes d'une maladie héréditaire monogénique ou d'un remaniement chromosomique hérité.

1. Identification du projet		
Précisez le numéro d'assurance maladie du ou des membres du projet concerné.	Numéro d'assurance maladie du membre 1	Numéro d'assurance maladie du membre 2

2. Demande d'autorisation du service de biopsie embryonnaire et de test génétique préimplantatoire			
Numéro d'assurance maladie	Nombre d'embryons		
Médecin qui demande l'autorisation du service	Nom	Numéro de professionnel	Début de la période d'autorisation
Prénom			Année Mois Jour

3. Signature de l'utilisateur dans le service en ligne			
Voici les formats acceptés si vous souhaitez apposer une signature électronique :			
<ul style="list-style-type: none"> signature numérique (générée grâce à un certificat numérique produit au moyen d'un outil spécialisé); signature manuscrite apposée à l'aide d'un accessoire technologique (par exemple, un stylet, un écran tactile ou une souris); signature manuscrite numérisée (par exemple, l'apposition de l'image d'une signature). 			
Prénom	Nom	Nom d'utilisateur dans le service en ligne	
Signature			Date
			Année Mois Jour

Transmettez-nous ce formulaire par courriel à pilotage-pma@ramq.gouv.qc.ca ou par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3