

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Donépézil (Aricept^{MC}), rivastigmine (Exelon^{MC}) ou galantamine (génériques)

— Alzheimer au stade léger ou modéré

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE

OU

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

2 - Prescripteur

NOM ET PRÉNOM _____ N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE _____

ADRESSE NUMÉRO _____ RUE _____ BUREAU _____

MUNICIPALITÉ _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____ NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG. _____

NOM ET PRÉNOM _____ DATE DE NAISSANCE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

ADRESSE NUMÉRO _____ RUE _____ APP. _____

MUNICIPALITÉ _____ PROVINCE **QUÉBEC** CODE POSTAL _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____

3 - Médicament visé par la demande

DONÉPÉZIL RIVASTIGMINE GALANTAMINE

FORME PHARMACEUTIQUE _____ TENEUR _____ POSOLOGIE _____

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ AU INDÉTERMINÉE OU ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

Type de demande

Demande initiale Complétez les sections 4- 6- 7

Demande de changement de traitement Complétez les sections 4- 6- 7

Demande de poursuite du traitement Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale ou changement de traitement

Diagnostic

Maladie d'Alzheimer

Démence mixte

Autre. Précisez : _____

Administration du médicament demandé

En monothérapie

En association avec la mémantine pendant **un mois au maximum**

En association avec la mémantine pendant **plus d'un mois**

Résultat du Folstein

MMSE actuel : _____ Date de l'évaluation ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

▶ Justifiez si MMSE > 26 : _____

MMSE non disponible ou impossible à faire

▶ Stade actuel de la maladie LÉGER MODÉRÉ SÉVÈRE

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

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

**Donépézil (Aricept^{MC}), rivastigmine (Exelon^{MC}) ou galantamine (génériques)
— Alzheimer au stade léger ou modéré (suite)**

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale ou changement de traitement (suite)

Degré d'atteinte dans cinq domaines				
DOMAINES	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"/>

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Résultat du Folstein

MMSE précédent : _____ Date de l'évaluation

ANNÉE	MOIS	JOUR

MMSE actuel : _____ Date de l'évaluation

ANNÉE	MOIS	JOUR

MMSE non disponible ou impossible à faire

►Stade actuel de la maladie LÉGER MODÉRÉ SÉVÈRE

Justifiez si MMSE actuel < 10, si la diminution du score au MMSE est de plus de 3 points par période de 6 mois ou si MMSE non disponible ou impossible à faire :

Évaluation de la réponse au traitement au niveau des cinq domaines

DOMAINES	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"/>

6 - Renseignements complémentaires (facultatifs)

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

7 - Signature du prescripteur autorisé

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

DATE

ANNÉE	MOIS	JOUR

Retourner le présent formulaire

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

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 relatifs aux indications reconnues pour le paiement.