

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Duloxétine (Cymbalta^{MC}) — Douleur associée à une neuropathie diabétique périphérique ou douleur chronique associée à la fibromyalgie ou lombalgie chronique (modérée ou grave) sans composante neuropathique ou douleur chronique modérée ou grave associée à l'arthrose du genou

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

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.		

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

NOM DU MÉDICAMENT DULOXÉTINE	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT			
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU ANNÉE MOIS JOUR
		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	

Diagnostic

Douleur associée à une neuropathie diabétique périphérique. Complétez les sections 8- 9

Douleur chronique associée à la fibromyalgie. Complétez les sections 4- 5- 8- 9

Lombalgie chronique modérée ou grave

sans composante neuropathique. Complétez les sections 6- 7- 8- 9

avec composante neuropathique. Complétez les sections 8- 9

Douleur chronique modérée ou grave associée à l'arthrose du genou. Complétez les sections 6- 7- 8- 9

Autre. Complétez les sections 8- 9

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (Fibromyalgie)

Résumé de l'essai antérieur avec l'amitriptyline ou contre-indications

Inefficacité Intolérance Contre-indication Autre

Précisez : _____ du _____

_____ au _____

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement (Fibromyalgie)

Bénéfices cliniques observés sur le contrôle de la douleur par rapport à l'évaluation prétraitement (avant le début du traitement avec la duloxétine)

Amélioration d'au moins 30% sur une échelle de la douleur. Précisez : _____

Amélioration de l'état fonctionnel. Précisez : _____

Réduction de la prise d'analgésiques. Précisez : _____

Bienfait clinique d'une autre nature. Précisez : _____

Aucun bénéfice clinique jusqu'à maintenant.

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.

Duloxétine (Cymbalta^{MC}) — Douleur associée à une neuropathie diabétique périphérique ou douleur chronique associée à la fibromyalgie ou lombalgie chronique (modérée ou grave) sans composante neuropathique ou douleur chronique modérée ou grave associée à l'arthrose du genou (suite)

6 - Renseignements cliniques - Demande initiale (Lombalgie chronique ou arthrose du genou)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)		
ACÉTAMINOPHENE	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
AINS : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Autre essai antérieur	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Nom : _____	Précisez : _____	

7 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement (Lombalgie chronique ou arthrose du genou)

Bénéfices cliniques observés sur le contrôle de la douleur par rapport à l'évaluation prétraitement (avant le début du traitement avec la duloxétine)

Amélioration d'au moins 30% sur une échelle de la douleur. Précisez : _____

Amélioration de l'état fonctionnel. Précisez : _____

Bienfait clinique d'une autre nature. Précisez : _____

Aucun bénéfice clinique jusqu'à maintenant.

8 - 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.

9- 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.