

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

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<sup>†</sup>**

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 : .....

