Régie de l'assurance maladie Québec

Demande d'autorisation de paiement
Mesure du patient d'exception

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 l'enfant a moins d'un an : **numéro d'assurance maladie de la mère ou du père**

NOM ET PRÉNOM

Date de naissance A M J

ADRESSE NUMÉRO | RUE | APP.

LOCALITÉ | PROVINCE Québec | CODE POSTAL | TÉLÉPHONE IND. RÉG.

2- Prescripteur autorisé

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

ADRESSE NUMÉRO | RUE | BUREAU

LOCALITÉ | PROVINCE | CODE POSTAL

TÉLÉPHONE IND. RÉG. | TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.

Avant de soumettre une demande d'autorisation pour un médicament, sans obligation de votre part, vous pouvez vérifier si ce médicament peut être fourni à votre patient par l'intermédiaire d'un programme d'aide du fabricant. Si c'est le cas, mais que le programme d'aide est abrogé, votre patient doit satisfaire à toutes les conditions de la mesure du patient d'exception pour en obtenir le remboursement par la RAMQ.

3- Médicament visé par la demande

IMPORTANT : Utilisez **un** formulaire pour **chaque** médicament.

NOM DU MÉDICAMENT | FORME PHARMACEUTIQUE | TENEUR

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU Date A M J AU Date A M J

POSOLOGIE

Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. Date A M J

Autres précisions, s'il y a lieu

☐ La prise de ce médicament découle d'un événement couvert par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

☐ La prise de ce médicament découle d'un accident couvert par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).

Type de demande

☐ **Première demande à la RAMQ**
Remplissez toutes les sections, sauf les sections 8 et 9.

☐ **Renouvellement d'une autorisation ayant déjà été accordée par la RAMQ**
Remplissez les sections 1, 2, 3, 4, 8, 10 et 11.

☐ **Poursuite d'un traitement médicamenteux fourni et amorcé dans un établissement de santé du Québec**
Joignez à votre demande la décision individualisée écrite du comité de pharmacologie et remplissez les sections 1, 2, 3, 4, 9, 10 et 11.

4- Indication thérapeutique et effets bénéfiques attendus

Dans un contexte de soins palliatifs ambulatoires au cours de la phase terminale, dans le cadre d'une maladie mortelle (soins de fin de vie), remplissez les sections 4, 7, 10 et 11.

A. Diagnostic et indication thérapeutique : .....

B. Effets bénéfiques attendus et mesurables selon les meilleurs faits et données scientifiques disponibles au regard de la condition médicale :

.....

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 : .....

.....

† 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

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†

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 : .....

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. Si la maladie, les symptômes ou les complications qui en découlent entraînent des consultations médicales multiples ou des hospitalisations, veuillez les décrire :

.....

.....

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 par rapport à ceux attendus.

.....

† 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

Numéro d'assurance maladie de la personne assurée

Numéro d'inscription du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

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

Décrivez les effets bénéfiques observés avec la prise de ce médicament, en fonction de ceux qui étaient attendus et mesurables au regard de la condition médicale de cette personne :

9- Renseignements cliniques (poursuite d'un traitement médicamenteux fourni et amorcé dans un établissement de santé du Québec)

La décision individuelle écrite du comité de pharmacologie autorisant le traitement à l'aide du médicament fourni par un établissement doit nous être transmise avec la demande d'autorisation.

Indiquer la date de début du traitement avec ce médicament commencé en établissement. Date A M J

Décrire les effets bénéfiques attendus et mesurables visés par l'utilisation de ce médicament :

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

11- 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