

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>1- Personne assurée</p> <p style="text-align: center;">CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE OU</p> <p>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</p> <p style="font-size: small;">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</p>	<p>2- Prescripteur autorisé</p> <p>NOM ET PRÉNOM N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE</p> <hr/> <p>ADRESSE NUMÉRO RUE BUREAU</p> <hr/> <p>LOCALITÉ PROVINCE CODE POSTAL</p> <hr/> <p>TÉLÉPHONE IND. RÉG. TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.</p>
<p>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</p> <p style="font-size: small;">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</p>	<p>NOM ET PRÉNOM Date de naissance</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em;">A M J</p> <hr/> <p>ADRESSE NUMÉRO RUE APP.</p> <hr/> <p>LOCALITÉ PROVINCE CODE POSTAL TÉLÉPHONE IND. RÉG.</p> <p style="text-align: center; margin-left: 100px;">Québec</p>

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
POSOLOGIE	DU			AU	Date
Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.					Date
				A M J	A M J
				A M J	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[†]

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[†]

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 :

<p>(*) Légende :</p> <p>0 = aucune limitation</p> <p>1 = limitation légère</p> <p>2 = limitation modérée</p> <p>3 = limitation grave</p> <p>4 = limitation extrême</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:80%;">TYPE D'ACTIVITÉS</th> <th style="width:20%;">DEGRÉ DE LIMITATION *</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Activités physiques (marche, montée des escaliers, soulèvement d'un objet ou autre)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Activités quotidiennes à la maison (hygiène personnelle, préparation des repas, ménage ou autre)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Activités quotidiennes en dehors de la maison (emploi rémunéré ou non, fréquentation scolaire, emplettes, loisirs, pratique d'un sport ou autre)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Activités sociales (repas au restaurant, cinéma, visites chez des membres de la famille, bénévolat ou autre)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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)	
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 :

