Régie de l'assurance maladie Québec

Demande d'autorisation de paiement (hors Québec)
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

ADRESSE NUMÉRO | RUE | BUREAU

LOCALITÉ | PROVINCE | CODE POSTAL

TÉLÉPHONE IND. RÉG. | TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.

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

Type de demande

☐ **Première demande d'autorisation**
Remplissez toutes les sections, sauf les sections 9 et 10.

☐ **Prolongation d'une demande déjà autorisée par la RAMQ**
Remplissez les sections 1, 2, 3, 4, 8, 9 et 11.

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

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 : .....

.....

† 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

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. Une investigation en spécialité a-t-elle été effectuée? Précisez : .....

▶ 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 :

.....

† 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

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

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

9- Renseignements cliniques (prolongation d'une demande déjà autorisée par la RAMQ)

Précisez les effets bénéfiques de ce médicament depuis le début du traitement :

10- Renseignements cliniques (poursuite d'un traitement médicamenteux amorcé en établissement de santé)[1]

Indiquez si la prise du médicament a commencé lors du séjour hospitalier de cette personne. Si oui, indiquez la date du début du traitement avec ce médicament :

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

[1] 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.

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.

Pour nous transmettre ce formulaire :

1- **Sauvegardez votre formulaire** rempli sur votre poste de travail.

2- Transmettez votre formulaire en utilisant notre page de dépôt sécurisé.