

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Mémantine (Ebixa^{MC}) — Alzheimer au stade modéré ou grave, personne vivant à domicile

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
		QUÉBEC	
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT MÉMANTINE	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.	

Type de demande

Demande initiale **Demande de changement de traitement** **Demande de poursuite du traitement**
 Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale ou changement de traitement

Diagnostic

Maladie d'Alzheimer

Démence mixte

Autre. Précisez : _____

Administration de la mémantine

En monothérapie

En association avec un inhibiteur de la cholinestérase pendant **un mois au maximum**

En association avec un inhibiteur de la cholinestérase pendant **plus d'un mois**

Résultat du Folstein

MMSE actuel : _____ Date de l'évaluation ANNÉE MOIS JOUR

MMSE non disponible ou impossible à faire

▶ Stade actuel de la maladie : LÉGER MODÉRÉ SÉVÈRE

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.

Mémantine (Ebixa^{MC}) — Alzheimer au stade modéré ou grave, personne vivant à domicile (suite)

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale changement de traitement (suite)

Degré d'atteinte dans cinq domaines

DOMAINES	INTACT	LÉGER	MODÉRÉ	SÉVÈRE
Fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVD et AVQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Évaluation de la réponse au traitement au niveau des cinq domaines

DOMAINES	AMÉLIORATION	STABILISATION	DÉTÉRIORATION
Fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVD et AVQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 - 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.

7 - 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.