

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

**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.

NOM ET PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR

ADRESSE NUMÉRO RUE APP.

MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

QUÉBEC

**3 - Médicament visé par la demande**

NOM DU MÉDICAMENT ATOMOXÉTINE

FORME PHARMACEUTIQUE TENEUR POSOLOGIE

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU ANNÉE MOIS JOUR AU  INDÉTERMINÉE OU ANNÉE MOIS JOUR

Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. ANNÉE MOIS JOUR

**4 - Renseignements cliniques**

**Diagnostic**

Trouble déficitaire de l'attention (TDAH)

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Résumé des essais antérieurs ou contre-indications** ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

Méthylphénidate <b>courte</b> action Posologie (dose optimale) : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Méthylphénidate <b>longue</b> action Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Dexamphétamine Posologie (dose optimale) : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Amphétamine (sels mixtes d')	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Lisdexamfétamine	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____

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.

## Atomoxétine (Strattera<sup>MC</sup>) — Trouble déficitaire de l'attention chez l'enfant ou l'adolescent (suite)

### 5 - 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.

### 6 - 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.