

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Atomoxétine (Strattera^{MC}) — Trouble déficitaire de l'attention chez l'enfant ou l'adolescent

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 courte action Posologie (dose optimale) : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Méthylphénidate longue 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.

