

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Cinacalcet (Sensipar^{MC}) — Hyperparathyroïdie secondaire grave chez une personne dialysée

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 <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	NOM ET PRÉNOM ADRESSE NUMÉRO RUE MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR APP. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
--	--	--

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT CINACALCET	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU ANNÉE MOIS JOUR

4 - Renseignements cliniques

Diagnostic

Hyperparathyroïdie (HTP) **secondaire** grave chez une personne **dialysée**

Autre. Précisez : _____

Taux de parathormone (PTH) intact mesuré à deux reprises sur une période de trois mois

Deux dernières mesures du taux de PTH

1) _____ pmol/l Date de la mesure ► ANNÉE MOIS JOUR

2) _____ pmol/l Date de la mesure ► ANNÉE MOIS JOUR

Fournissez au moins un des renseignements suivants

Calcémie corrigée ≥ **2,54 mmol/l**

Phosphorémie ≥ **1,78 mmol/l**

Produit phosphocalcique ≥ **4,5 mmol²/l²**

Présence de manifestations ostéoarticulaires symptomatiques

Autre. Précisez : _____

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

Cinacalcet (Sensipar^{MC}) — Hyperparathyroïdie secondaire grave chez une personne dialysée (suite)

4 - Renseignements cliniques (suite)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ► Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)		
CHÉLATEURS DU PHOSPHORE	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON UTILISATION	PÉRIODE D'ESSAI (S'IL Y A LIEU)
Sel de calcium Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Sévélamer Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Lanthane hydraté Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Oxyhydroxyde sucro-ferrique Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre chélateur Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Aucun chélateur	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
VITAMINE D	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON UTILISATION	PÉRIODE D'ESSAI (S'IL Y A LIEU)
Calcitriol Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Ajustement de la dose? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____ Précisez : _____	du _____ au _____
Alfacalcidol Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance Ajustement de la dose? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____ Précisez : _____	du _____ au _____
Pas de Vitamine D	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

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.