

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Éplérénone (Inspra<sup>MC</sup>) — Insuffisance cardiaque et dysfonction ventriculaire gauche

#### 1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>
--

#### 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>  <b>OU</b> <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 QUÉBEC	DATE DE NAISSANCE ANNÉE   MOIS   JOUR  APP.  NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
--	---	--

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT ÉPLÉRÉNONE	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**

Insuffisance cardiaque et dysfonction systolique ventriculaire gauche

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

---

**Classification de l'insuffisance cardiaque selon la New York Heart Association (NYHA)**

I    II    III    IV

---

**Fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG)**

Valeur de la FEVG (%) : \_\_\_\_\_

---

**La personne concernée a subi un infarctus aigu du myocarde**

OUI   ►   DATE DE L'INFARCTUS   ANNÉE | MOIS | JOUR

NON

---

**Le traitement avec l'éplérénone est débuté**

OUI   ►   DATE DE DÉBUT   ANNÉE | MOIS | JOUR

NON

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

