

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Granisétron (Kytril^{MC}) ou ondansétron (Zofran^{MC}) — Nausées et vomissements induits par la chimiothérapie ou la radiothérapie

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.	

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

3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> GRANISÉTRON	<input type="checkbox"/> ONDANSÉTRON						
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.	ANNÉE MOIS JOUR

4 - Renseignements cliniques

Intention thérapeutique

Thérapie antiémétique de première intention (dès le début de la chimiothérapie ou de la radiothérapie)

Thérapie antiémétique de deuxième intention

Autre. Précisez : _____

Administration du médicament demandé

En monothérapie (seul)

En association avec l'aprépitant ou de fosaprépitant

Autre. Précisez : _____

Traitement du cancer en cours ou à venir

<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	- Type de cancer : _____
	- Protocole de chimiothérapie : _____
	- Potentiel émettant : <input type="checkbox"/> Élevé (> 90%) <input type="checkbox"/> Moyen (31- 90%) <input type="checkbox"/> Faible (< 30%)
	- Nombre de cycles prévus et fréquence d'administration : _____
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	- Type de cancer : _____
	- Région du corps irradiée : _____
	- Potentiel émettant : <input type="checkbox"/> Élevé (> 90%) <input type="checkbox"/> Moyen (61- 90%) <input type="checkbox"/> Faible (< 60%)
	- Durée prévue du traitement et fréquence d'administration : _____

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.

Granisétron (Kytril^{MC}) ou ondansétron (Zofran^{MC}) — Nausées et vomissements induits par la chimiothérapie ou la radiothérapie (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)

Dexaméthasone	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Métoclopramide	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Prochlorpérazine	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Autre antiémétique Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Aucun antiémétique	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____

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.