

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang (CoaguChek XS PT Test^{MC},
CoaguChek XS PT Test PST^{MC}) — Mesure du rapport international normalisé (RIN)

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	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		
	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
	MUNICIPALITÉ	PROVINCE QUÉBEC	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT REACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG		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

Information sur l'anticoagulation

Anticoagulation orale de longue durée avec un antagoniste de la vitamine K (warfarine, nicoumalone)

Autre. Précisez : _____

Mode de suivi de la mesure du RIN

La mesure du RIN est prise sur un coagulomètre dont la personne est **propriétaire** dans un but d'auto-surveillance¹ ou d'autocontrôle²

Autre. Précisez : _____

1. Le patient effectue une mesure du RIN et transmet le résultat à un professionnel de la santé qui ajuste ou non la dose de l'antagoniste de la vitamine K.

2. Le patient effectue une mesure du RIN, interprète le résultat et, au besoin, ajuste lui-même la dose de l'antagoniste de la vitamine K selon un algorithme.

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.