

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Tériparatide (Osnuvo^{MC} ou Teva-teriparatide^{MC}) — Ostéoporose chez la femme ménopausée exposée à un risque élevé de fracture

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

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

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

3 - Médicament visé par la demande

TÉRIPARATIDE – OSNUVO^{MC} TÉRIPARATIDE – TEVA-TERIPARATIDE^{MC}

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 ou contexte clinique

Ostéoporose chez la femme ménopausée qui est exposée à un risque élevé de fracture

Autre. Précisez : _____

Résultat de la plus récente ostéodensitométrie

Valeur du score T actuel : _____ ANNÉE MOIS JOUR

Mesuré : à la hanche au col fémoral au rachis lombaire autre. Précisez : _____

Résumé de la thérapie antirésorptive ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

Nom : _____	<input type="checkbox"/> Réponse inadéquate
du _____	<input type="checkbox"/> Nouvelle fracture de fragilisation malgré la prise continue ≥ 12 mois
au _____	Localisation : _____ ANNÉE MOIS JOUR
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Diminution significative de la densité minérale osseuse malgré la prise continue ≥ 24 mois
du _____	Antécédent de fracture ostéoporotique. Localisation : _____ ANNÉE MOIS JOUR
au _____	Valeur de la DMO prétraitement : _____ ANNÉE MOIS JOUR
Nom : _____	Valeur de la DMO en cours de traitement : _____ ANNÉE MOIS JOUR
du _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
au _____	

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

