

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
OnabotulinumtoxinA (Botox^{MC})
— Hyperhidrose axillaire grave chez l'adulte

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.		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT ONABOTULINUMTOXINA	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	ANNÉE MOIS JOUR
		<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	

Type de demande

Demande initiale **Demande de poursuite du traitement**

Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Diagnostic

Hyperhidrose **axillaire** grave chez l'adulte

Autre. Précisez : _____

Information sur la gravité de l'hyperhidrose

Atteintes importantes sur les plans fonctionnel et psychosocial

Décrivez les atteintes observées : _____

Aucune atteinte importante (ou atteinte légère à modérée) sur les plans fonctionnel et psychosocial

Résumé de l'essai antérieur avec une préparation de chlorure d'aluminium

Chlorure d'aluminium	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____
Teneur de la préparation essayée : _____ %	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.

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

OnabotulinumtoxinA (Botox^{MC}) — Hyperhidrose axillaire grave chez l'adulte (suite)

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Renseignements requis afin de documenter l'évidence d'un bénéfice thérapeutique

• **Diminution de la sudation**

Oui ► Décrivez les effets bénéfiques observés : _____

Non ► Bénéfices escomptés avec la poursuite du traitement : _____

• **Amélioration des atteintes sur les plans fonctionnel ET psychosocial**

Oui ► Décrivez les effets bénéfiques observés : _____

Non ► Bénéfices escomptés avec la poursuite du traitement : _____

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.