

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Darbépoétine alfa (Aranesp^{MC}) ou époétine alfa (Eprex^{MC}) — Anémie liée à l'insuffisance rénale chronique grave ou anémie non hémolytique chronique et symptomatique

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.

NOM ET PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR

ADRESSE NUMÉRO RUE APP.

MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

QUÉBEC

3 - Médicament visé par la demande

DARBÉPOÉTINE ALFA ÉPOÉTINE ALFA

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

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

Indication thérapeutique

Anémie liée à l'insuffisance rénale chronique grave

Sous dialyse

Avant le début de la dialyse

Clairance de la créatinine : _____ ml/min
ou
Créatinine sérique : _____ µmol/L Poids : _____ kg

Anémie non hémolytique chronique liée à une tumeur non myéloïde

Traitement de chimiothérapie

Date du début du traitement ANNÉE MOIS JOUR

Date de la cessation de la chimiothérapie (réelle ou prévue) ANNÉE MOIS JOUR

Aucun traitement de chimiothérapie en cours. Précisez : _____

Anémie non hémolytique chronique liée à une autre pathologie (EXCLUSIVEMENT pour l'époétine alfa (Eprex^{MC}))

Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

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.

Darbépoétine alfa (Aranesp^{MC}) ou époétine alfa (Eprex^{MC}) — Anémie liée à l'insuffisance rénale chronique grave ou anémie non hémolytique chronique et symptomatique (suite)

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

Résultats d'analyses de laboratoire et d'exams AVANT le début du traitement

(NE PAS COMPLÉTER cette section s'il s'agit d'une anémie LIÉE à de l'insuffisance rénale chronique grave)

- Taux d'hémoglobine : _____ g/l Date

ANNÉE	MOIS	JOUR
- Valeurs en fer, vitamine B12 et acide folique Normales Carence notée
- Personne éprouvant des symptômes liés à son anémie Oui Non

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Renseignements nécessaires pour évaluer, après trois mois et plus, la réponse au traitement

Anémie liée à l'insuffisance rénale chronique grave

- Sous dialyse
ou

Valeur actuelle ► Clairance de la créatinine : _____ ml/min
ou

Créatinine sérique : _____ µmol/L Poids : _____ kg

Anémie NON LIÉE à de l'insuffisance rénale chronique grave

Renseignements relatifs à l'évaluation	Avant le début du traitement	Actuellement												
Date du bilan	<table border="1"><tr><td>ANNÉE</td><td>MOIS</td><td>JOUR</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	ANNÉE	MOIS	JOUR				<table border="1"><tr><td>ANNÉE</td><td>MOIS</td><td>JOUR</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	ANNÉE	MOIS	JOUR			
ANNÉE	MOIS	JOUR												
ANNÉE	MOIS	JOUR												
Hémoglobine ou Numération des réticulocytes	_____ g/l ou _____ réticulocytes/litre	_____ g/l ou _____ réticulocytes/litre												
Traitement de chimiothérapie en cours		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Justifiez : _____ _____												

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.