

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Darbépoétine alfa (Aranesp^{MC}) ou épooétine 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 <small>si non disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</small> OU <small>si enfant de moins d'un an : Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</small>	NOM ET PRÉNOM			DATE DE NAISSANCE <small>ANNÉE MOIS JOUR</small>		
	ADRESSE NUMÉRO	RUE	MUNICIPALITÉ		PROVINCE QUÉBEC	CODE POSTAL

3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> DARBÉPOÉTINE ALFA	<input type="checkbox"/> ÉPOÉTINE ALFA							
FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSÉOLOGIE						
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	
<input type="checkbox"/> Demande initiale <small>Complétez les sections 4- 6- 7</small>			<input type="checkbox"/> Demande de poursuite du traitement <small>Complétez les sections 5- 6- 7</small>					

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'épooétine 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'examens 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	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR
Hémoglobine ou Numération des réticulocytes	ou _____ g/l _____ réticulocytes/litre	ou _____ g/l _____ 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.