

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Formules nutritives — polymériques avec résidus ou restreintes en résidus

#### 1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>
--

#### 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> <b>OU</b> <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	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	

#### 4 - Renseignements cliniques

**Indication thérapeutique** (Cochez UNIQUEMENT la ou les situations qui correspondent à l'état de santé de la personne concernée.)

Alimentation **entérale**

**Permanente**

**Temporaire**

Comme supplément alimentaire chez une personne atteinte de **fibrose kystique**

Comme supplément alimentaire chez un **ENFANT** souffrant de

**Malnutrition**. Précisez la cause : \_\_\_\_\_

**Malabsorption**. Précisez la cause : \_\_\_\_\_

**Retard staturo-pondéral**. Précisez la cause et l'importance du retard staturo-pondéral : \_\_\_\_\_

Comme **alimentation orale totale** en raison de

**Dysphagie**. Précisez la cause : \_\_\_\_\_

**Dysfonction oesophagienne**. Précisez la cause : \_\_\_\_\_

**Maldigestion**. Précisez la cause : \_\_\_\_\_

**Malabsorption**. Précisez la cause : \_\_\_\_\_

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.

## Formules nutritives — polymériques avec résidus ou restreintes en résidus (suite)

### 4 - Renseignements cliniques (suite)

**Indication thérapeutique** (Cochez UNIQUEMENT la ou les situations qui correspondent à l'état de santé de la personne concernée.)

#### Évaluation diététique

- Pourcentage de l'apport calorique quotidien comblé par la prise de formules nutritives : \_\_\_\_\_ %
- Réintroduction des aliments ordinaires :  Prévus le 

ANNÉE	MOIS	JOUR
_	_	_

 Date indéterminée
- Impossible. Précisez : \_\_\_\_\_
- Ingestion possible d'aliments semi-solides ayant la même valeur nutritive qu'un contenant de supplément nutritif :  Oui
- Non ► Indiquez les raisons qui empêchent toute ingestion d'aliments semi-solides :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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.