

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Somatotrophine (Genotropin GoQuick^{MC}, Genotropin MiniQuick^{MC}, Humatrope^{MC}, Nutropin AQ NuSpin^{MC}, Nutropin AQ Pen^{MC}, Omnitrope^{MC} et Saizen^{MC})
 — Déficience en hormone de croissance lorsque la croissance osseuse est terminée

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 ADRESSE NUMÉRO RUE MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR APP.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT SOMATOTROPHINE	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		<input type="checkbox"/>	

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Cause de la déficience en hormone de croissance

Secondaire à une maladie hypophysaire ou hypothalamique
 Secondaire à une chirurgie
 Secondaire à un traitement de radiothérapie
 Secondaire à un traumatisme
 Autre. Précisez : _____

Moment d'acquisition

Déficience acquise à l'âge adulte
 Déficience acquise durant l'enfance ou l'adolescence

Type et mesure de la déficience en hormone de croissance

Type de déficience	Mesure de la somatotrophine sérique ou plasmatique	Type d'épreuve de stimulation pharmacologique effectuée
Déficit isolé en hormone de croissance	Deux épreuves de stimulation pharmacologique requises • Taux de somatotrophine de la première épreuve : _____ ug/l Date _____ • Taux de somatotrophine de la deuxième épreuve : _____ ug/l Date _____	<input type="checkbox"/> Test de l'hypoglycémie insulinique <input type="checkbox"/> Test au glucagon
Déficit multiple en hormones hypophysaires	Une seule épreuve de stimulation pharmacologique requise • Taux de somatotrophine : _____ ug/l Date _____	<input type="checkbox"/> Test de l'hypoglycémie insulinique <input type="checkbox"/> Test au glucagon

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

Somatotrophine (Genotropin GoQuick^{MC}, Genotropin MiniQuick^{MC}, Humatrope^{MC}, Nutropin AQ NuSpin^{MC},
Nutropin AQ Pen^{MC}, Omnitrope^{MC} et Saizen^{MC}) — **Déficience en hormone de croissance lorsque
la croissance osseuse est terminée (suite)**

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.