

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

**Somatotrophine** (Genotropin GoQuick<sup>MC</sup>, Genotropin MiniQuick<sup>MC</sup>, Humatrope<sup>MC</sup>, Nutropin AQ NuSpin<sup>MC</sup>, Nutropin AQ Pen<sup>MC</sup>, Omnitrope<sup>MC</sup> et Saizen<sup>MC</sup>)  
 — 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.		

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b> si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation <b>OU</b> 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 NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. QUÉBEC	
--	---	--

### 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 <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU ANNÉE MOIS JOUR

### 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 <b>isolé</b> en hormone de croissance	<b>Deux épreuves de stimulation pharmacologique requises</b> • Taux de somatotrophine de la <b>première épreuve</b> : _____ ug/l Date ANNÉE MOIS JOUR • Taux de somatotrophine de la <b>deuxième épreuve</b> : _____ ug/l Date ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> Test de l'hypoglycémie insulinique <input type="checkbox"/> Test au glucagon
Déficit <b>multiple</b> en hormones hypophysaires	<b>Une seule épreuve de stimulation pharmacologique requise</b> • Taux de somatotrophine : _____ ug/l Date ANNÉE MOIS JOUR	<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<sup>MC</sup>, Genotropin MiniQuick<sup>MC</sup>, Humatrope<sup>MC</sup>, Nutropin AQ NuSpin<sup>MC</sup>,  
Nutropin AQ Pen<sup>MC</sup>, Omnitrope<sup>MC</sup> et Saizen<sup>MC</sup>) — **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.**