

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Somatotrophine – retard de croissance lié à l'insuffisance rénale (Nutropin AQ NuSpin<sup>MC</sup>, Nutropin AQ Pen<sup>MC</sup> et Saizen<sup>MC</sup>) — Retard de croissance causé par une insuffisance rénale chronique chez l'enfant et l'adolescent

### 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> <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

SOMATOTROPHINE – RETARD DE CROISSANCE LIÉ À L'INSUFFISANCE RÉNALE	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
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.

### Type de demande

- Demande initiale**  
Complétez les sections 4- 6- 7
- Demande de poursuite du traitement**  
Complétez les sections 5- 6- 7

### 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

#### Renseignements médicaux requis

- Transplantation rénale  Faite ou prévue le  ANNÉE MOIS JOUR  Non prévue
- Croissance  Non terminée  Terminée
- Taux filtration glomérulaire  ≤ 1,25 ml/s/1,73m<sup>2</sup> (ou 75 ml/min/1,73m<sup>2</sup>)  Autre. Précisez : \_\_\_\_\_
- Résultats du score Z (HSDS)<sup>1</sup> **OU** de la Δ score Z :
  - score Z (HSDS)<sup>1</sup>  ≤ -2 écarts-type  Autre. Précisez : \_\_\_\_\_
  - OU**
  - Δ score Z (HSDS)  < 0 écart-type lorsque la taille est < le 10<sup>e</sup> percentile<sup>2</sup>  Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Le score Z ou HSDS (height standard deviation score) représente la taille comparée à la moyenne des valeurs normales pour l'âge et pour le sexe.

<sup>2</sup> Basé sur des périodes d'observation minimales de 6 mois si l'enfant a plus d'un an et de 3 mois pour l'enfant de moins d'un an.

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.

**Somatotrophine – retard de croissance lié à l'insuffisance rénale (Nutropin AQ NuSpin<sup>MC</sup>,  
Nutropin AQ Pen<sup>MC</sup> et Saizen<sup>MC</sup>) — Retard de croissance causé par une insuffisance rénale  
chronique chez l'enfant et l'adolescent (suite)**

**5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement**

**Évaluation de la réponse au traitement**

- **Augmentation de  $\Delta$  du score Z (HSDS) au cours des douze premiers mois** du traitement
  - Oui
  - Non. Précisez : \_\_\_\_\_
- **Vitesse de croissance de  $\geq 2$  cm/an** (évaluée lors de deux visites consécutives à un intervalle de trois mois)
  - Oui
  - Non. Précisez : \_\_\_\_\_
- **Ossification** des cartilages de conjugaison observée
  - Oui
  - Non
- **Taille finale** prévue atteinte
  - Oui
  - Non

**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.**