

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}) ou **Somatotrophine – retard de croissance et syndrome de Turner** (Norditropin Nordiflex^{MC}) — **Retard de croissance causé par une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène chez les enfants et les adolescents**

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE

OU

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

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.

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

SOMATOTROPHINE SOMATOTROPHINE – RETARD DE CROISSANCE ET SYNDROME DE TURNER

FORME PHARMACEUTIQUE TENEUR POSOLOGIE

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU ANNÉE MOIS JOUR AU INDÉTERMINÉE OU ANNÉE MOIS JOUR

Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. ANNÉE MOIS JOUR

Type de demande

Demande initiale Demande de poursuite du traitement

Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Cause de la déficience en hormone de croissance endogène

Idiopathique

Génétique ou familiale. Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

Renseignements médicaux requis

- Croissance Non terminée Terminée
- Vitesse de croissance pour l'âge osseux < 25^e percentile (calculée sur une période minimale de douze mois¹)
 - Oui
 - Autre. Précisez : _____
- Âge osseux : _____ ans

¹ La période d'observation de douze mois ne s'applique pas aux enfants présentant une hypoglycémie secondaire à une déficience en hormone de croissance.

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 (Genotropin GoQuick^{MC}, Genotropin MiniQuick^{MC}, Humatrope^{MC}, Nutropin AQ NuSpin^{MC}, Nutropin AQ Pen^{MC}, Omnitrope^{MC} et Saizen^{MC}) ou **Somatotrophine – retard de croissance et syndrome de Turner** (Norditropin Nordiflex^{MC}) — **Retard de croissance causé par une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène chez les enfants et les adolescents (suite)**

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

Mesure de la somatotrophine sérique ou plasmatique

- Taux de somatotrophine de la **première épreuve** : _____ µg/l Date ►

ANNÉE	MOIS	JOUR
_ _	_	_
- Taux de somatotrophine de la **deuxième épreuve** : _____ µg/l Date ►

ANNÉE	MOIS	JOUR
_ _	_	_

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Données médicales

- Âge osseux : _____ ans
- Vitesse de croissance \geq **2cm/an** (évaluée lors de deux visites consécutives à un intervalle de trois mois)

Oui

Non. Précisez : _____

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.