

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

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT GONADOTROPHINES	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

Diagnostic ou contexte clinique

Induction d'une spermatogénèse chez un homme qui désire procréer

Autre. Précisez : _____

Personne atteinte d'hypogonadisme hypogonadotrophique

Oui

Non. Précisez : _____

Administration des gonadotrophines

En association avec une gonadotrophine chorionique

Autrement. Précisez : _____

Résumé de l'essai antérieur avec une gonadotrophine chorionique

Absence d'une spermatogénèse après un traitement, en **monothérapie**, d'au moins 6 mois du _____

Autre. Précisez : _____ au _____

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
C. P. 6600, succ. Terminus
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.