

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Posaconazol (Posano^{MC}) — Prévention des infections fongiques invasives ou traitement de l'aspergillose invasive

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 <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	NOM ET PRÉNOM ADRESSE NUMÉRO RUE MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL QUÉBEC	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR APP. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
--	--	--

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT POSACONAZOL	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.			

Indication thérapeutique

Prévention des infections fongiques invasives
 Traitement de l'aspergillose invasive
 Autre

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

4 - Renseignements cliniques - Prévention des infections fongiques invasives

Présence d'une neutropénie à la suite d'une chimiothérapie

Oui ▶ Diagnostic
 Leucémie myéloïde aigüe
 Syndrome myélodysplasique
 Autre. Précisez : _____

Non. Précisez : _____

5 - Renseignements cliniques - Traitement de l'aspergillose invasive

Résumé de l'essai antérieur avec une thérapie de première intention

	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON-UTILISATION	PÉRIODE D'ESSAI (S'IL Y A LIEU)
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

