

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Ranibizumab (Lucentis^{MC}) — Déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR)

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

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT RANIBIZUMAB	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	ANNÉE MOIS JOUR
		<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	

Type de demande

Demande initiale **Demande de poursuite du traitement**
(après administration des trois premières doses)
Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Indication thérapeutique

Déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une **occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR)**

Autre. Précisez : _____

Œil gauche	Œil droit
Administration du ranibizumab	
<input type="checkbox"/> En monothérapie	<input type="checkbox"/> En monothérapie
<input type="checkbox"/> En association avec :	<input type="checkbox"/> En association avec :
<input type="checkbox"/> Aflibercept	<input type="checkbox"/> Aflibercept
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Acuité visuelle optimale après correction	
<input type="checkbox"/> Entre 6/12 et 6/96	<input type="checkbox"/> Entre 6/12 et 6/96
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Épaisseur du centre de la rétine	
<input type="checkbox"/> ≥ 250 µm	<input type="checkbox"/> ≥ 250 µm
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Déficit pupillaire afférent	
<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Absence
<input type="checkbox"/> Présence	<input type="checkbox"/> Présence

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.

Ranibizumab (Lucentis^{MC}) — Déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR) (suite)

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Indication thérapeutique

- Déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une **occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR)**
- Autre. Précisez : _____

Renseignements nécessaires pour évaluer, après trois mois et plus, la réponse au traitement.
Inscrire les résultats des 2 examens suivants :

Œil gauche

Œil droit

Acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen

► Date

ANNÉE	MOIS	JOUR

- Stabilisation
- Amélioration
- Déterioration

► Date

ANNÉE	MOIS	JOUR

- Stabilisation
- Amélioration
- Déterioration

Œdème maculaire évalué par une tomographie de cohérence optique

► Date

ANNÉE	MOIS	JOUR

- Stabilisation
- Amélioration
- Déterioration

► Date

ANNÉE	MOIS	JOUR

- Stabilisation
- Amélioration
- Déterioration

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.