

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Aztréonam (Cayston<sup>MC</sup>) ou Lévofoxacine (Quinsair<sup>MC</sup>) — Fibrose kystique

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> si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation <b>OU</b> 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 QUÉBEC	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicaments visés par la demande

<input type="checkbox"/> AZTRÉONAM	<input type="checkbox"/> LÉVOFLOXACINE	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.				
			ANNÉE	MOIS
			JOUR	

4 - Renseignements cliniques

**Diagnostic ou contexte clinique**

Fibrose kystique

Infection chronique par le *Pseudomonas aeruginosa*

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Résumé de l'essai antérieur de la tobramycine pour inhalation (Tobi<sup>MC</sup> ou une version générique, Tobi Podhaler<sup>MC</sup>)**

Inefficacité (détérioration de l'état de santé)       Intolérance à une solution pour inhalation (Tobi<sup>MC</sup> ou une version générique)       Allergie       Autre

Précisez : \_\_\_\_\_

PÉRIODE D'ESSAI du \_\_\_\_\_ 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.