

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Aztréonam (Cayston^{MC}) ou Lévofoxacine (Quinsair^{MC}) — Fibrose kystique

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
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		CODE POSTAL
NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.		

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

3 - Médicaments visés par la demande

<input type="checkbox"/> AZTRÉONAM	<input type="checkbox"/> LÉVOFOXACINE	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DU ANNÉE MOIS JOUR		AU <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE OU		ANNÉE MOIS JOUR
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT				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^{MC} ou une version générique, Tobi Podhaler^{MC})

- | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inefficacité
(détérioration de l'état de santé) | <input type="checkbox"/> Intolérance à une solution pour inhalation
(Tobi ^{MC} ou une version générique) | <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Autre | PÉRIODE D'ESSAI
du _____ |
| 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.