

**DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**  
**Guanfacine (Intuniv XR<sup>MC</sup>) — Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'enfant ou l'adolescent**

**1 - Personne assurée**

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>	
--	--

**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 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

QUÉBEC

CODE POSTAL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

IND. RÉG.

**3 - Médicament visé par la demande**

NOM DU MÉDICAMENT			FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSÉOLOGIE
GUANFACINE					
DU ANNÉE    MOIS    JOUR			DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		
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 - Demande initiale**

**Diagnostic**

Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration de la guanfacine**

En association avec un psychostimulant. Lequel : \_\_\_\_\_

Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

**Résumé des essais antérieurs**

Méthylphénidate

Nom : \_\_\_\_\_

Efficacité sous-optimale

Autre

du \_\_\_\_\_

Précisez : \_\_\_\_\_

au \_\_\_\_\_

Amphétamine

Nom : \_\_\_\_\_

Efficacité sous-optimale

Autre

du \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Précisez : \_\_\_\_\_

au \_\_\_\_\_

Autre

Nom : \_\_\_\_\_

Efficacité sous-optimale

Autre

du \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Précisez : \_\_\_\_\_

au \_\_\_\_\_

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.

## Guanfacine (Intuniv XR<sup>MC</sup>) — Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'enfant ou l'adolescent (suite)

### 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

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.

#### 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