

## 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	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>  <b>OU</b> <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	DATE DE NAISSANCE ANNÉE   MOIS   JOUR  APP.  PROVINCE <b>QUÉBEC</b>	CODE POSTAL  NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
---	---	---	--

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT <b>GUANFACINE</b>	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.

#### 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

<b>Diagnostic</b>		
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)		
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
<b>Administration de la guanfacine</b>		
<input type="checkbox"/> En association avec un psychostimulant. Lequel : _____		
<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____		
<b>Résumé des essais antérieurs</b>		
Méthylphénidate Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Efficacité sous-optimale <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Amphétamine Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Efficacité sous-optimale <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Efficacité sous-optimale <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.

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