

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 <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	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 ALITRÉTINOÏNE	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		<input type="checkbox"/> OU	

Type de demande

Demande pour un premier traitement avec l'alitrétinoïne **Demande pour un traitement subséquent lors de RÉCIDIVE**
Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande pour un premier traitement

Diagnostic

Eczéma chronique des MAINS
 Autre. Précisez : _____

Degré d'atteinte

Grave Modérée Légère

Cause de l'eczéma

Un allergène a été identifié comme étant la cause de l'eczéma

Oui
 Le contact avec l'allergène a été éliminé
 L'allergène est toujours présent
 Non

Résumé des essais antérieurs avec un corticostéroïde topique

Corticostéroïde topique Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	Nbre de semaines consécutives : _____ sem. Période d'essai : du _____ au _____
Corticostéroïde topique Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	Nbre de semaines consécutives : _____ sem. Période d'essai : du _____ au _____
Corticostéroïde topique Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	Nbre de semaines consécutives : _____ sem. Période d'essai : 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.

Alitréinoïne (Toctino^{MC}) — Eczéma chronique des mains (suite)

5 - Renseignements cliniques - Poursuite pour un traitement subséquent lors de RÉCIDIVE

Diagnostic

Eczéma chronique des MAINS

Autre. Précisez : _____

Degré d'atteinte au moment de la RÉCIDIVE

Grave Modérée Légère

Cause de l'eczéma

Un allergène a été identifié comme étant la cause de l'eczéma

Oui

Le contact avec l'allergène a été éliminé

L'allergène est toujours présent

Non

Résumé des traitements antérieurs ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

	Résultat du traitement précédent :	
<input type="checkbox"/> Alitréinoïne	<input type="checkbox"/> Disparition complète ou quasi complète des symptômes <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Période d'essai : du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Corticostéroïde topique Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	Nbre de semaines consécutives : _____ sem. Période d'essai : du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Corticostéroïde topique Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	Nbre de semaines consécutives : _____ sem. Période d'essai : du _____ au _____

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.