

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Riociguat (Adempas<sup>MC</sup>) — Hypertension pulmonaire thromboembolique chronique (HPTEC)

#### 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   PROVINCE   CODE POSTAL QUÉBEC	DATE DE NAISSANCE ANNÉE   MOIS   JOUR  APP.  NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
---	--	---

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT RIOCIQUAT	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 <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU ANNÉE   MOIS   JOUR

#### 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale ou changement du traitement

**Diagnostic**

Hypertension pulmonaire thromboembolique chronique (HPTEC)

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration du riociguat**

En monothérapie

Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

**Classe fonctionnelle selon l'OMS**

I    II    III    IV

**Information relative au traitement chirurgical**

Inopérable

À la suite de la chirurgie, HPTEC résiduelle ou persistante

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

#### 5 - Évaluation et suivi médical

Par un médecin oeuvrant dans un centre désigné, spécialisé dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire

**Nom du centre hospitalier désigné**

CHU Sainte-Justine (Hôpital Sainte-Justine)

Hôpital général juif

Institut de cardiologie de Montréal

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval)

Par un médecin oeuvrant dans un autre centre. Précisez : \_\_\_\_\_

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

