

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Dulaglutide (Trulicity^{MC}), Liraglutide (Victoza^{MC}) — Diabète de type 2

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

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	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
	QUÉBEC		

3 - Médicaments visés par la demande

<input type="checkbox"/> DULAGLUTIDE	<input type="checkbox"/> LIRAGLUTIDE	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.		

Type de demande

Demande initiale
Complétez les sections 4- 6- 7

Demande de poursuite du traitement
Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Diagnostic

Diabète de **type 2**

Autre. Précisez : _____

Indication thérapeutique

Contrôle glycémique inadéquat

Autre. Précisez : _____

Administration de l'analogue du GLP-1

En association avec la metformine

Autrement. Précisez : _____

Indice de masse corporelle (IMC)

IMC : _____ kg/m² **OU** Poids : _____

Taille : _____

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

Inhibiteur de la DPP4	<input type="checkbox"/> Inefficacité ¹ <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____
Nom : _____	Précisez : _____	au _____

1 : Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) adaptée au patient.

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.

Dulaglutide (Trulicity^{MC}), Liraglutide (Victoza^{MC}) — Diabète de type 2 (suite)

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Date de début du traitement ▶	ANNÉE	MOIS	JOUR
En association avec la metformine			
<input type="checkbox"/> Oui			
<input type="checkbox"/> Non. Précisez la raison : _____			
Dose utilisée			
Dulaglutide		Liraglutide	
<input type="checkbox"/> ≤ 1,5 mg/semaine		<input type="checkbox"/> ≤ 1,8 mg/jour	
<input type="checkbox"/> > 1,5 mg/semaine		<input type="checkbox"/> > 1,8 mg/jour	
Effet clinique bénéfique observé			
<input type="checkbox"/> Diminution de l'hémoglobine glyquée (HbA _{1c}) d'au moins 0,5%			
<input type="checkbox"/> Atteinte de la valeur cible d'HbA _{1c} de 7% ou moins			
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____			

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
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.