

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 <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 ADRESSE NUMÉRO RUE MUNICIPALITÉ	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR APP. PROVINCE CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
---	---	---

3 - Médicaments visés par la demande

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

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 <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Indication thérapeutique <input type="checkbox"/> Contrôle glycémique inadéquat <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Administration de l'analogue du GLP-1 <input type="checkbox"/> En association avec la metformine <input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____	
Indice de masse corporelle (IMC) IMC : _____ kg/m ² 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 Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité ¹ <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____ _____
	du _____ 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 (SEULEMENT lors du premier renouvellement)			
<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
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.