Imprimer Effacer

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Stiripentol (Diacomit[MC]) — Syndrome de Dravet

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE

OU

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 QUÉBEC | CODE POSTAL | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

2 - Prescripteur

NOM ET PRÉNOM | Nº D'INSCRIPTION À LA RÉGIE

ADRESSE — NUMÉRO | RUE | BUREAU

MUNICIPALITÉ | PROVINCE | CODE POSTAL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. | NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
STIRIPENTOL			

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU — ANNÉE | MOIS | JOUR — AU ☐ INDÉTERMINÉE — OU — ANNÉE | MOIS | JOUR

Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. — ANNÉE | MOIS | JOUR

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

☐ Syndrome de Dravet

☐ Autre. Précisez : _____

Administration du stiripentol

☐ En association avec le clobazam et le valproate

☐ Autrement. Précisez : _____

Crises généralisées AVANT le début du traitement avec le stiripentol

Nombre mensuel : _____

Résumé des essais antérieurs

ANTIÉPILEPTIQUES	RÉSULTATS	PÉRIODE D'ESSAI (S'IL Y A LIEU)
Clobazam Posologie (dose optimale) : _____	☐ Inefficacité ☐ Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Valproate Posologie (dose optimale) : _____	☐ Inefficacité ☐ 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.

Continuez à la p. 2

Numéro d'assurance maladie de la personne assurée	Numéro d'inscription du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

Stiripentol (Diacomit[MC]) — **Syndrome de Dravet (suite)**

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Crises généralisées

Nombre mensuel : _____

Réponse au traitement

☐ Réduction d'environ 50% la fréquence mensuelle des crises généralisées

☐ 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

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