

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Ranibizumab (Lucentis^{MC}) — Déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne consécutive à une myopie pathologique

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 QUÉBEC	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT RANIBIZUMAB	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"/> INDÉTERMINÉE	

Type de demande

Demande initiale
Complétez les sections 4- 6- 7

Demande de poursuite du traitement
(après administration des trois premières doses)
Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Indication thérapeutique

Déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne consécutive à une myopie pathologique

Autre. Précisez : _____

Œil gauche	Œil droit
Administration du ranibizumab	
<input type="checkbox"/> En monothérapie	<input type="checkbox"/> En monothérapie
<input type="checkbox"/> En association avec : <input type="checkbox"/> Vertéporfine <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> En association avec : <input type="checkbox"/> Vertéporfine <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Mesure de la myopie	
Mesure de la myopie en dioptries : _____	Mesure de la myopie en dioptries : _____
Acuité visuelle optimale après correction :	
<input type="checkbox"/> Entre 6/9 et 6/96	<input type="checkbox"/> Entre 6/9 et 6/96
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

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

