

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Clindamycine cr.vag. (Dalacin^{MC}), métronidazole gel vag. (Nidagel^{MC})
— Vaginose bactérienne

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 | NOM ET PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR | | |
| <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> | ADRESSE NUMÉRO | RUE | APP. | |
| OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i> | MUNICIPALITÉ | PROVINCE QUÉBEC | CODE POSTAL | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. |

3 - Médicaments visés par la demande

| | | | | | | |
|--|--|--|----|-----------------|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> DALACIN ^{MC} Complétez la section 4- 6- 7 | <input type="checkbox"/> NIDAGEL ^{MC} Complétez la section 5- 6- 7 | | | | | |
| 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. | ANNÉE MOIS JOUR |

4 - Renseignements cliniques – Dalacin^{MC}

Pour le traitement de la vaginose bactérienne lors du **premier trimestre de la grossesse.**

Essai du métronidazole **intravaginal.**

Résumé de l'essai antérieur avec le métronidazole intravaginal ou contre-indication

Inefficacité Intolérance Contre-indication Autre

Précisez : _____ du _____
au _____

Autre. Précisez : _____

5 - Renseignements cliniques – Nidagel^{MC}

Pour le traitement de la vaginose bactérienne lors des **deuxième et troisième trimestres de la grossesse.**

Pour le traitement de la vaginose bactérienne lors d'intolérance au métronidazole par la **voie orale.**

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.

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

Clindamycine cr.vag. (Dalacin^{MC}), métronidazole gel vag. (Nidagel^{MC}) — Vaginose bactérienne (suite)

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.