

**DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**  
**Rifaximine (Zaxine<sup>MC</sup>) — Prévention des récurrences**  
**d'encéphalopathie hépatique (EH)**

**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.	

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b> si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation <b>OU</b> 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 <b>QUÉBEC</b>	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

**3 - Médicament visé par la demande**

NOM DU MÉDICAMENT <b>RIFAXIMINE</b>	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 ANNÉE MOIS JOUR

**4 - Renseignements cliniques**

**Indication thérapeutique**

Prévention des récurrences d'encéphalopathie hépatique (EH)

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Présence d'une cirrhose**

Oui

Non

**Survenue d'épisodes manifestes malgré un traitement avec du lactulose pris de façon optimale**

Oui

Non. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration de la rifaximine**

En association avec le lactulose

Sans le lactulose :  Intolérance sérieuse au lactulose. Précisez : \_\_\_\_\_

Contre-indication au lactulose. Précisez : \_\_\_\_\_

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'inscription  
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

## Rifaximine (Zaxine<sup>MC</sup>) — Prévention des récurrences d'encéphalopathie hépatique (EH) (suite)

### 5 - 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.

### 6 - 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  
C. P. 6600, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7T3