

**1 - Personne assurée**

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE  
**OU**

**2 - Prescripteur**

|                                  |     |                                    |             |
|----------------------------------|-----|------------------------------------|-------------|
| NOM ET PRÉNOM                    |     | N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE        |             |
| ADRESSE<br>NUMÉRO                | RUE | BUREAU                             |             |
| MUNICIPALITÉ                     |     | PROVINCE                           | CODE POSTAL |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE<br>IND. RÉG. |     | NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR<br>IND. RÉG. |             |

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

**3 - Médicament visé par la demande**

|                                |                      |   |                    |
|--------------------------------|----------------------|---|--------------------|
| NOM DU MÉDICAMENT<br>ICATIBANT | 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,<br>indiquez la date prévue de son congé. |                    |

**4 - Renseignements cliniques**

**Indication thérapeutique**

Pour le traitement des **crises aiguës** d'angio-œdème héréditaire (AOH) causées par un déficit en inhibiteur C1 estérase chez les adultes

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Résultats des analyses de laboratoire**

- C1 inhibiteur antigénique :  Bas  Normal  Élevé
- C1 inhibiteur fonctionnel :  Bas  Normal  Élevé
- Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Nombre de crises**

Au moins une crise d'AOH confirmée médicalement

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**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

**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.