

**DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**  
**Lédipasvir/Sofosbuvir (Harvoni<sup>MC</sup>), Ribavirine (Ibavyr<sup>MC</sup>)**  
**— Hépatite C chronique de génotype 1**

**1 - Personne assurée**

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>
--

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

**3 - Médicaments visés par la demande**

<input type="checkbox"/> HARVONI <sup>MC</sup>	<input type="checkbox"/> IBAVYR <sup>MC</sup>	
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.		

**4 - Renseignements cliniques**

<p><b>Diagnostic</b></p> <input type="checkbox"/> Hépatite C de génotype 1 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
<p><b>Administration de Harvoni<sup>MC</sup></b></p> <input type="checkbox"/> En association avec la ribavirine <input type="checkbox"/> En monothérapie ► Si c'est en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication à la <b>ribavirine</b> , précisez-en la nature : _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
<p><b>Stade des dommages hépatiques</b></p> <input type="checkbox"/> Aucune cirrhose <input type="checkbox"/> Cirrhose compensée <input type="checkbox"/> Cirrhose décompensée
<p><b>Précisions sur l'état de santé de la personne (À compléter s'il y a lieu)</b></p> <input type="checkbox"/> Personne greffée ou en attente d'une transplantation d'organe <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.

Numéro d'assurance maladie  
de la personne assurée

Numéro d'inscription  
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

## Lédipasvir/Sofosbuvir (Harvoni<sup>MC</sup>), Ribavirine (Ibavyr<sup>MC</sup>) — Hépatite C chronique de génotype 1 (suite)

### 4 - Renseignements cliniques (suite)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)		
TRAITEMENTS CONTRE LE VHC	RÉSULTATS OU RAISON DE LA NON UTILISATION	PÉRIODE D'ESSAI (s'il y a lieu)
<input type="checkbox"/> N'a jamais reçu de traitement contre le VHC <b>Charge virale (ARN-VHC)</b> <input type="checkbox"/> < 6 millions UI/ml <input type="checkbox"/> ≥ 6 millions UI/ml		
<input type="checkbox"/> RBV/Interféron-α pégylé <input type="checkbox"/> Inhibiteur de la protéase <input type="checkbox"/> BOC <input type="checkbox"/> TVR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Échec thérapeutique <input type="checkbox"/> Intolérance. Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____  <input type="checkbox"/> Contre-indication. Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____

### 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.