

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Lédipasvir/Sofosbuvir (Harvoni^{MC}), Ribavirine (Ibavyr^{MC})
— Hépatite C chronique de génotype 1

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"/> HARVONI ^{MC}	<input type="checkbox"/> IBAVYR ^{MC}	
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

Diagnostic

Hépatite C de génotype 1
 Autre. Précisez : _____

Administration de Harvoni^{MC}

En association avec la ribavirine
 En monothérapie
▶ Si c'est en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication à la **ribavirine**,
précisez-en la nature : _____
 Autre. Précisez : _____

Stade des dommages hépatiques

Aucune cirrhose
 Cirrhose compensée
 Cirrhose décompensée

Précisions sur l'état de santé de la personne (À compléter s'il y a lieu)

Personne greffée ou en attente d'une transplantation d'organe
 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^{MC}), Ribavirine (Ibavyr^{MC}) — 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 Charge virale (ARN-VHC) <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.