

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Dexaméthasone (Ozurdex^{MC}) — Déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique (OMD)

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

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT DEXAMÉTHASONE	FORME PHARMACEUTIQUE IMPLANT INTRAVITRÉEN	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU	ANNÉE MOIS JOUR
<input type="checkbox"/>	INDÉTERMINÉE	<input type="checkbox"/>	

Type de demande

Demande initiale
 Complétez les sections 4- 6- 7

Demande de poursuite du traitement
 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Indication thérapeutique

Déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique (OMD)

Autre. Précisez : _____

Œil gauche	Œil droit
Patient pseudophaque	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traitement antérieur avec un anti-VEGF	
<input type="checkbox"/> Aflibercept <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Bevacizumab <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Ranibizumab	<input type="checkbox"/> Aflibercept <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Bevacizumab <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Ranibizumab
<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
Acuité visuelle optimale après correction	
<input type="checkbox"/> Entre 6/15 et 6/60 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Entre 6/15 et 6/60 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Épaisseur du centre de la rétine	
<input type="checkbox"/> ≥ 300 µm <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> ≥ 300 µm <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.

Dexaméthasone (Ozurdex^{MC}) — Déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique (OMD) (suite)

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement.

Inscrire les résultats des 2 examens suivants :

Œil gauche	Œil droit												
Acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen													
▶ Date <table border="1"><tr><td>ANNÉE</td><td>MOIS</td><td>JOUR</td></tr><tr><td> _ _ </td><td> _ </td><td> _ </td></tr></table>	ANNÉE	MOIS	JOUR	_ _	_	_	▶ Date <table border="1"><tr><td>ANNÉE</td><td>MOIS</td><td>JOUR</td></tr><tr><td> _ _ </td><td> _ </td><td> _ </td></tr></table>	ANNÉE	MOIS	JOUR	_ _	_	_
ANNÉE	MOIS	JOUR											
_ _	_	_											
ANNÉE	MOIS	JOUR											
_ _	_	_											
<input type="checkbox"/> Stabilisation	<input type="checkbox"/> Stabilisation												
<input type="checkbox"/> Amélioration	<input type="checkbox"/> Amélioration												
<input type="checkbox"/> Détérioration	<input type="checkbox"/> Détérioration												
Œdème maculaire évalué par une tomographie de cohérence optique													
▶ Date <table border="1"><tr><td>ANNÉE</td><td>MOIS</td><td>JOUR</td></tr><tr><td> _ _ </td><td> _ </td><td> _ </td></tr></table>	ANNÉE	MOIS	JOUR	_ _	_	_	▶ Date <table border="1"><tr><td>ANNÉE</td><td>MOIS</td><td>JOUR</td></tr><tr><td> _ _ </td><td> _ </td><td> _ </td></tr></table>	ANNÉE	MOIS	JOUR	_ _	_	_
ANNÉE	MOIS	JOUR											
_ _	_	_											
ANNÉE	MOIS	JOUR											
_ _	_	_											
<input type="checkbox"/> Stabilisation	<input type="checkbox"/> Stabilisation												
<input type="checkbox"/> Amélioration	<input type="checkbox"/> Amélioration												
<input type="checkbox"/> Détérioration	<input type="checkbox"/> Détérioration												

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.