

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Ceftolozane/tazobactam (Zerbaxa<sup>MC</sup>) – Infection intra-abdominale compliquée ou infection urinaire compliquée

#### 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  ADRESSE NUMÉRO   RUE  MUNICIPALITÉ	DATE DE NAISSANCE ANNÉE   MOIS   JOUR  APP.  PROVINCE   CODE POSTAL   NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
---	---	---

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT CEFTOLOZANE/TAZOBACTAM	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	ANNÉE   MOIS   JOUR

#### 4 - Renseignements cliniques

**Indication thérapeutique**

Infection intra-abdominale compliquée

Infection urinaire compliquée

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Antibiogramme confirme qu'au moins un des pathogènes responsables :**

Est sensible UNIQUEMENT au **ceftolozane/tazobactam**

Qu'en plus de la sensibilité au **ceftolozane/tazobactam**, est sensible UNIQUEMENT aux **aminosides**  
Justifiez la non administration des aminosides :

Intolérance     Contre-indication     Autre

Précisez : \_\_\_\_\_

Qu'en plus de la sensibilité au **ceftolozane/tazobactam**, est sensible UNIQUEMENT au **colistiméthate sodique**  
Justifiez la non administration du colistiméthate sodique :

Intolérance     Contre-indication     Autre

Précisez : \_\_\_\_\_

Qu'en plus de la sensibilité au **ceftolozane/tazobactam**, est sensible UNIQUEMENT aux **aminosides ET** au **colistiméthate sodique**  
Justifiez la non administration :

- des aminosides
  - Intolérance     Contre-indication     Autre
 Précisez : \_\_\_\_\_
- du colistiméthate sodique
  - Intolérance     Contre-indication     Autre
 Précisez : \_\_\_\_\_

Est sensible à un ou plusieurs autres antibiotiques. 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.

## Ceftolozane/tazobactam (Zerbaxa<sup>MC</sup>) – Infection intra-abdominale compliquée ou infection urinaire compliquée (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  
Case postale 6600  
Québec (Québec) G1K 7T3