

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

**Valganciclovir (chlorhydrate de) (Valcyte^{MC})
– Infection à cytomégalovirus (CMV)**

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 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT VALGANCICLOVIR (CHLORHYDRATE DE)	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

Indication thérapeutique

Pour la prophylaxie de l'infection à CMV

Pour le traitement préemptif (en présence de réplication virale documentée du CMV) de l'infection à CMV

Pour le traitement de la rétinite à CMV chez les personnes immunodéficientes

Autre. Précisez : _____

Renseignements nécessaires pour l'évaluation

Personne ayant reçu une greffe

- Précisions sur le traitement ANNÉE MOIS JOUR
 - Transplantation d'organe solide. _____
 - Précisez : _____
 - Administration d'anticorps antilymphocytes. ANNÉE MOIS JOUR _____
 - Autre. ANNÉE MOIS JOUR _____
 - Précisez : _____
- Détection virale à CMV
 - D+R- D+R+ D-R+ D-R-
 - ANNÉE MOIS JOUR _____
- Réplication virale documentée la plus récente ANNÉE MOIS JOUR _____

Personne n'ayant pas reçu une greffe

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.

Valganciclovir (chlorhydrate de) (Valcyte^{MC}) – Infection à cytomégalovirus (CMV) (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

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.