

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Ribavirine (Ibavyr^{MC}), Peginterféron alfa-2A (Pegasys^{MC}), Sofosbuvir (Sovaldi^{MC})
— Hépatite C chronique

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

3 - Médicaments visés par la demande

SOVALDI^{MC} IBAVYR^{MC} PEGASYS^{MC}

FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
----------------------	--------	-----------

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU ANNÉE MOIS JOUR AU 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 chronique
Génotype : 1 2 3 4

Autre. Précisez : _____

Administration du traitement

Association sofosbuvir et ribavirine
 Association sofosbuvir avec ribavirine et interféron-α pégylé
 Autrement. Précisez : _____

Présence d'une cirrhose

Oui Non

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		
<input type="checkbox"/> Interféron-α pégylé <input type="checkbox"/> RBV <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 _____

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

