

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Ivabradine (Lancora^{MC}) – Insuffisance cardiaque avec dysfonction systolique ventriculaire gauche

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 QUÉBEC	CODE POSTAL
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT IVABRADINE	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

Insuffisance cardiaque avec dysfonction ventriculaire gauche en rythme sinusal

Autre. Précisez : _____

Classification de l'insuffisance cardiaque selon la New York Heart Association (NYHA)

I II III IV

Fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG)

Valeur de FEVG (%) : _____

Fréquence cardiaque au repos

Nombre de battements par minute : _____ bpm

Hospitalisation, consultation à l'urgence ou dans une clinique d'insuffisance cardiaque en raison d'une aggravation de la maladie

Date de l'hospitalisation ou de la consultation la plus récente ► ANNÉE MOIS JOUR

Aucune hospitalisation ou consultation

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.

Ivabradine (Lancora^{MC}) – Insuffisance cardiaque avec dysfonction systolique ventriculaire gauche (suite)

4 - Renseignements cliniques (suite)

Résumé des essais en cours depuis au moins 4 semaines

Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) Nom : _____ OU Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) Nom : _____	<input type="checkbox"/> En cours depuis ► ANNÉE MOIS JOUR Si cessé, précisez la raison : _____ <input type="checkbox"/> Non tenté. Justifiez : _____
Bêta-bloquant Nom : _____	<input type="checkbox"/> En cours depuis ► ANNÉE MOIS JOUR Si cessé, précisez la raison : _____ <input type="checkbox"/> Non tenté. Justifiez : _____
Antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes Nom : _____	<input type="checkbox"/> En cours depuis ► ANNÉE MOIS JOUR Si cessé, précisez la raison : _____ <input type="checkbox"/> Non tenté. Justifiez : _____

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.