

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 SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPRÉVIR	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 <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU ANNÉE MOIS JOUR

4 - Renseignements cliniques

Diagnostic

Hépatite C chronique
Génotype 1 2 3 4 5 6

Autre. Précisez : _____

Administration de Vosevi^{MC}

En monothérapie
 Autrement. Précisez : _____

Présence d'une cirrhose décompensée

Oui Non

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

TRAITEMENT CONTRE LE VHC	PÉRIODE D'ESSAI (s'il y a lieu)
<input type="checkbox"/> N'a jamais reçu de traitement contre le VHC	
<input type="checkbox"/> Échec thérapeutique à un traitement contenant un inhibiteur de la NS5A <input type="checkbox"/> Daclatasvir <input type="checkbox"/> Elbasvir <input type="checkbox"/> Lédipasvir <input type="checkbox"/> Ombitasvir <input type="checkbox"/> Pibrentasvir <input type="checkbox"/> Velpatasvir <input type="checkbox"/> Autre : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Échec thérapeutique à un traitement à base de sofosbuvir , mais sans inhibiteur de la NS5A.	
<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.

