

**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

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  5  6

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration de Vosevi<sup>MC</sup>**

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 <b>inhibiteur de la NS5A</b>	
<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 <b>sofosbuvir</b> , 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.

