

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Ceftobiprole (Zevtera<sup>MC</sup>) – Pneumonie nosocomiale non acquise sous ventilation assistée

#### 1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>
--------------------------------------------------------------

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

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT <b>CEFTOBIPROLE</b>	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

**Indication thérapeutique**

Pour le traitement de la pneumonie **NOSOCOMIALE non acquise** sous ventilation assistée

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)**

Oui

Non. Précisez : \_\_\_\_\_

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

Linézolide	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____
	Précisez : _____				au _____
Vancomycine	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____
	Précisez : _____				au _____

#### 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.**