

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Denosumab (Prolia^{MC}) – Traitement de l'ostéoporose chez l'homme

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

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DENOSUMAB	Sol. Inj. S.C. (ser)	60 mg/ml	
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

Indication thérapeutique

Traitement de l'ostéoporose chez l'homme

Autre. Précisez : _____

Risque de fractures

Élevé

Antécédent de fracture ostéoporotique :

- Localisation : _____
- Date de la fracture ► ANNÉE MOIS JOUR

Valeur actuelle du score T du **col fémoral** : _____ Date de l'évaluation ► ANNÉE MOIS JOUR

Si le score T du col fémoral est **non disponible** :

- Justification : _____
- Autre valeur du score T: _____ Date de l'évaluation ► ANNÉE MOIS JOUR
- Localisation : _____

Autres facteurs de risque. Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

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

Bisphosphonate oral	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____
Nom : _____	Précisez : _____			au _____
Bisphosphonate oral	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____
Nom : _____	Précisez : _____			au _____

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

