

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Acide obéticholique (Ocaliva^{MC}) – Cholangite biliaire primitive

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 <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> OU <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 QUÉBEC
	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT ACIDE OBÉTICHOLIQUE	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	ANNÉE MOIS JOUR
	<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Type de demande

Demande initiale Complétez les sections 4- 6- 7
 Demande de poursuite du traitement Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques – Demande initiale ou changement du traitement

Diagnostic			
<input type="checkbox"/> Cholangite biliaire primitive chez l'adulte <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____			
Administration de l'acide obéticholique			
<input type="checkbox"/> En association avec l'ursodiol <input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____			
Résumé de l'essai antérieur			
Ursodiol	<input type="checkbox"/> Réponse insatisfaisante	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Autre
	Précisez : _____		du _____ au _____
Résultats d'analyses de laboratoire AVANT le début du traitement avec l'acide obéticholique			
<input type="checkbox"/> Taux de phosphatase alcaline (PAL) d'au moins 1,67 fois la limite supérieure de la normale. PAL : _____ U/L			
<input type="checkbox"/> Taux de bilirubine totale excédant la limite supérieure de la normale, mais inférieur à 2 fois cette dernière. Bilirubine totale : _____ µmol/L			

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.

Acide obéticholique (Ocaliva^{MC}) – Cholangite biliaire primitive (suite)

5 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale			Évaluation subséquente la plus récente		
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
Date du bilan						
Taux de phosphatase alcaline (PAL)	PAL : _____ U/L			PAL : _____ U/L		
Taux de bilirubine totale	Bilirubine totale : _____ µmol/L			Bilirubine totale : _____ µmol/L		

6 - 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.

7 - 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.