

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Cystéamine (bitartrate de) (Procybsi<sup>MC</sup>) – Cystinose néphropathique

#### 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.	

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b>  <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

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT <b>CYSTÉAMINE (bitartrate de)</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

#### 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

**Diagnostic**

Cystinose néphropathique

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Présence d'une mutation sur le gène CTNS**

Oui

Non

#### 5 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

**Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement**

Dosage du taux de cystine intra-leucocytaire au cours des 12 derniers mois (3 dosages requis à intervalle de 3 à 4 mois)

Dosage #1	_____ nmol d'hémicystine par mg de protéine	ANNÉE	MOIS	JOUR
Dosage #2	_____ nmol d'hémicystine par mg de protéine	ANNÉE	MOIS	JOUR
Dosage #3	_____ nmol d'hémicystine par mg de protéine	ANNÉE	MOIS	JOUR

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

