

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Cystéamine (bitartrate de) (Procysbi^{MC}) – 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.	

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 CYSTÉAMINE (bitartrate de)	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.

