

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Brivaracétam (Brivlera^{MC}) – Épilepsie partielle réfractaire

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 si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation OU si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père	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 BRIVARACÉTAM	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"/>

4 - Renseignements cliniques

Diagnostic

Traitement d'appoint des personnes atteintes d'épilepsie partielle réfractaire

Autre. Précisez : _____

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications

ANTIÉPILEPTIQUES	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON-UTILISATION	PÉRIODE D'ESSAI (s'il y a lieu)
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

Administration du brivaracétam

Brivaracétam administré en concomitance avec le **lévétiracétam**

Oui

Non

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

