

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Phénylbutyrate de glycérol (Ravicti^{MC}) – Troubles du cycle de l'urée

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 ADRESSE NUMÉRO RUE MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL QUÉBEC	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR APP. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
--	--	--

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL	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	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

Trouble du cycle de l'urée en l'absence d'un déficit en N-acétylglutamate synthase
 Autre. Précisez : _____

Administration du phénylbutyrate de glycérol

En association avec un régime alimentaire restrictif en protéines
 Autrement. Précisez : _____

Résumé de l'essai antérieur

Benzoate de sodium à dose optimale Réponse insatisfaisante¹ Intolérance importante Contre-indication Autre du _____
 Précisez : _____ au _____

¹ Taux plasmatique d'ammoniaque inadéquat malgré l'utilisation de benzoate de sodium à dose optimale

5 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

Date de début du traitement ► ANNÉE MOIS JOUR

Effets cliniques bénéfiques observés : _____

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.

Phénylbutyrate de glycérol (Ravicti^{MC}) – Troubles du cycle de l'urée (suite)

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.