

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Formule nutritive – cétogène (KetoCa^{MC}, KetoVie^{MC}),
Formule nutritive – cétogène (semi-élémentaire) (KetoVie^{MC} peptide 4:1)
— Épilepsie réfractaire chez l'enfant

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

3 - Médicaments visés par la demande

FORMULE NUTRITIVE CÉTOGÈNE - KETOCAL^{MC}
 FORMULE NUTRITIVE CÉTOGÈNE - KETOVIE^{MC}
 FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE (SEMI-ÉLÉMENTAIRE) (KETOVIE^{MC} PEPTIDE 4:1)

FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE OU ANNÉE MOIS JOUR
		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. ANNÉE MOIS JOUR

Type de demande

Demande initiale **Demande de renouvellement d'une autorisation**
 Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques – Demande initiale

Diagnostic ou contexte clinique

Épilepsie réfractaire chez un enfant âgé de moins de 18 ans
 Autre. Précisez : _____

Crises d'épilepsie AVANT l'introduction d'une formule nutritive cétogène

Nombre par semaine : _____

Précision sur le traitement anticonvulsif

• L'enfant a fait l'essai sur une période adéquate d'au moins deux anticonvulsivants appropriés et bien tolérés, utilisés soit en monothérapie ou en combinaison?

Oui
 Non. Précisez : _____

Précision sur les troubles digestifs de l'enfant (EXCLUSIVEMENT pour KetoVie^{MC} peptide 4:1)

Fonction gastro-intestinale altérée ou intolérance aux protéines intactes
 Autre. Précisez : _____

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.

**Formule nutritive – cétogène (KetoCal^{MC}, KetoVie^{MC}),
Formule nutritive – cétogène (semi-élémentaire) (KetoVie^{MC} peptide 4:1)
— Épilepsie réfractaire chez l'enfant (suite)**

5 - Renseignements cliniques - Demande de renouvellement d'une autorisation

Réponse au traitement

- Diminution de plus de 50 % de la fréquence des crises depuis le début du traitement
- Diminution de la sévérité des crises
- Autre. Précisez : _____

6 - Renseignements complémentaires (facultatifs)

Empty box for additional information.

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
C. P. 6600, succ. Terminus
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.