

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Formule nutritive — polymérique avec résidus (intolérance ou allergie) (Compleat<sup>MC</sup>1.5 et Compleat<sup>MC</sup>1.5 pédiatrique)

#### 1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>
--

#### 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
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

#### 3 - Médicaments visés par la demande

<input type="checkbox"/> COMPLEAT <sup>MC</sup> 1.5	<input type="checkbox"/> COMPLEAT <sup>MC</sup> 1.5 PÉDIATRIQUE	
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.		

#### 4 - Renseignements cliniques

<b>Diagnostic ou contexte clinique</b> <input type="checkbox"/> Intolérance sérieuse aux protéines de lait ou de soya. Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Allergie aux protéines de lait ou de soya <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
<b>Indication thérapeutique</b> (Cochez UNIQUEMENT la ou les situations qui correspondent à l'état de santé de la personne concernée.) <input type="checkbox"/> Alimentation <b>entérale</b> <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Comme supplément alimentaire chez une personne atteinte de <b>fibrose kystique</b> <input type="checkbox"/> Comme supplément alimentaire chez un <b>ENFANT</b> souffrant de <input type="checkbox"/> <b>Malnutrition</b> . Précisez la cause : _____ <input type="checkbox"/> <b>Malabsorption</b> . Précisez la cause : _____ <input type="checkbox"/> <b>Retard staturo-pondéral</b> . Précisez la cause et l'importance du retard staturo-pondéral : _____ <input type="checkbox"/> Comme <b>alimentation orale totale</b> en raison de <input type="checkbox"/> <b>Dysphagie</b> . Précisez la cause : _____ <input type="checkbox"/> <b>Dysfonction oesophagienne</b> . Précisez la cause : _____ <input type="checkbox"/> <b>Maldigestion</b> . Précisez la cause : _____ <input type="checkbox"/> <b>Malabsorption</b> . Précisez la cause : _____

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 — polymérique avec résidus (intolérance ou allergie) (Compleat<sup>MC</sup>1.5 et Compleat<sup>MC</sup>1.5 pédiatrique) (suite)

### 4 - Renseignements cliniques (suite)

**Indication thérapeutique** (Cochez UNIQUEMENT la ou les situations qui correspondent à l'état de santé de la personne concernée.)

#### Évaluation diététique

- Pourcentage de l'apport calorique quotidien comblé par la prise de formules nutritives : \_\_\_\_\_ %
- Réintroduction des aliments ordinaires :  Prévus le 

ANNÉE	MOIS	JOUR

 Date indéterminée
- Impossible. Précisez : \_\_\_\_\_
- Ingestion possible d'aliments semi-solides ayant la même valeur nutritive qu'un contenant de supplément nutritif :  Oui
- Non ► Indiquez les raisons qui empêchent toute ingestion d'aliments semi-solides :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5 - 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.

### 6 - 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.