

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Sébélipase alfa (Kanuma^{MC}) — Déficit en lipase acide lysosomale (DLAL)
chez un nourrisson ou maladie de Wolman

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 SÉBÉLIPASE ALFA	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.

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

Déficit en lipase acide lysosomale (DLAL) chez un nourrisson ou maladie de Wolman

Confirmation par dosage enzymatique

Confirmation génétique d'une suppression ou mutation du gène associé au DLAL

Autre. Précisez: _____

Autre. Précisez: _____

Manifestations cliniques du DLAL

- Présentes avant l'âge de six mois
 - Oui
 - Non
- Retard de croissance depuis la naissance
 - Oui
 - Non

Posologie prescrite

≤ 5 mg/kg par semaine

> 5 mg/kg par semaine

Poids du nourrisson : _____ kg ▶ 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.

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

Sébélipase alfa (Kanuma^{MC}) — Déficit en lipase acide lysosomale (DLAL) chez un nourrisson ou maladie de Wolman (suite)

5 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

Posologie prescrite

≤ 5 mg/kg par semaine

> 5 mg/kg par semaine

Poids de la personne : _____ kg ▶

ANNÉE MOIS JOUR

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.