

**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.	

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b> si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation <b>OU</b> 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 ROTIGOTINE	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

**4 - Renseignements cliniques**

**Diagnostic ou contexte clinique**

Pour le traitement des signes et symptômes d'intensité modérée ou grave du syndrome des jambes sans repos **idiopathique**

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Résumé des essais antérieurs** ► Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

<input type="checkbox"/> La voie orale ne peut pas être utilisée	Précisez : _____		
Agoniste dopaminergique Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Autre
	Précisez : _____		du _____ au _____
Autre traitement Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Autre
	Précisez : _____		du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Aucun traitement	Précisez : _____		

**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  
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.