Imprimer Effacer

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Ivacaftor (Kalydeco[MC]) — Fibrose kystique

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE

OU

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 | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

2 - Prescripteur

NOM ET PRÉNOM | Nº D'INSCRIPTION À LA RÉGIE

ADRESSE — NUMÉRO | RUE | BUREAU

MUNICIPALITÉ | PROVINCE | CODE POSTAL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. | NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
IVACAFTOR			

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU — ANNÉE | MOIS | JOUR — AU ☐ 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**
Complétez les sections 4- 6- 7

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

4 - Renseignements cliniques – Demande initale

Diagnostic ou contexte clinique

☐ Fibrose kystique
☐ Autre. Précisez : _____

Mutation du gène codant pour la protéine CFTR

☐ Présence de la mutation **G551D**
☐ Autre mutation. Précisez : _____

Évaluation de la fonction respiratoire

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale
Date de l'évaluation	ANNÉE | MOIS | JOUR
Volume expiratoire maximal par seconde	VEMS prétraitement : _____
La fonction pulmonaire est altérée au point de nuire gravement aux activités de la vie quotidienne	☐ Oui ☐ Non. Précisez : _____
La meilleure valeur du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) s'est détériorée par rapport à celle des deux années précédentes	☐ Oui ☐ Non. Précisez : _____

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

Continuez à la p. 2

Numéro d'assurance maladie de la personne assurée	Numéro d'inscription du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

Ivacaftor (Kalydeco[MC]) — **Fibrose kystique (suite)**

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

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation la plus récente
Date de l'évaluation	ANNÉE MOIS JOUR
Amélioration ou stabilisation du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) ☐ Oui ☐ Non	VEMS actuel : _____
Répercussions positives sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou diminution des exacerbations (surinfections) ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez : _____

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

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.

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