

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Tériparatide (Fortéo<sup>MC</sup>) — Ostéoporose chez la femme ménopausée exposée à un risque élevé de fracture

#### 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.

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE  <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
	QUÉBEC	CODE POSTAL
	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

#### 3 - Médicament visé par la demande

**TÉRIPARATIDE – FORTÉO<sup>MC</sup>**

DÉBUTÉ et un remboursement reçu\* AVANT LE 15 DÉCEMBRE 2021

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

\* La personne admissible doit avoir reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur privé ou par l'administrateur du régime d'avantage sociaux

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

#### 4 - Renseignements cliniques

**Diagnostic ou contexte clinique**

Ostéoporose chez la femme ménopausée qui est exposée à un risque élevé de fracture

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Raison empêchant la transition vers la version biosimilaire ou générique**

Personne qui a eu un échec thérapeutique avec au moins 2 autres médicaments biologiques utilisés pour traiter la même condition médicale

Nom de ces médicaments : \_\_\_\_\_

Autre raison. Précisez : \_\_\_\_\_

**Résultat de l'ostéodensitométrie la plus récente avant le début du traitement avec Fortéo<sup>MC</sup>**

ANNÉE    MOIS    JOUR

Valeur du score T avant de débiter Fortéo<sup>MC</sup> : \_\_\_\_\_

Mesuré :  à la hanche     au col fémoral     au rachis lombaire     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.

## Tériparatide (Fortéo<sup>MC</sup>) — Ostéoporose chez la femme ménopausée exposée à un risque élevé de fracture (suite)

### 4 - Renseignements cliniques (suite)

**Résumé de la thérapie antirésorptive** ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

Nom : _____ du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Réponse inadéquate
Nom : _____ du _____ au _____	<input type="checkbox"/> <b>Nouvelle fracture de fragilisation</b> malgré la prise continue $\geq 12$ mois Localisation : _____ ANNÉE MOIS JOUR
Nom : _____ du _____ au _____	<input type="checkbox"/> <b>Diminution significative de la densité minérale osseuse</b> malgré la prise continue $\geq 24$ mois Antécédent de fracture ostéoporotique. Localisation : _____ ANNÉE MOIS JOUR
Nom : _____ du _____ au _____	Valeur de la DMO prétraitement : _____ ANNÉE MOIS JOUR
	Valeur de la DMO en cours de traitement : _____ ANNÉE MOIS JOUR
	<input type="checkbox"/> Autre. 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.