

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Tériparatide (Fortéo^{MC}) — Ostéoporose chez la femme ménopausée exposée à un risque élevé de fracture

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 ADRESSE NUMÉRO RUE MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL QUÉBEC _____ _____	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR APP. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
--	--	--

3 - Médicament visé par la demande

TÉRIPARATIDE – FORTÉO^{MC}

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^{MC}

ANNÉE MOIS JOUR

Valeur du score T avant de débiter Fortéo^{MC} : _____

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^{MC}) — 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"/> Nouvelle fracture de fragilisation malgré la prise continue ≥ 12 mois Localisation : _____
Nom : _____ du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Diminution significative de la densité minérale osseuse malgré la prise continue ≥ 24 mois Antécédent de fracture ostéoporotique. Localisation : _____
Nom : _____ du _____ au _____	Valeur de la DMO prétraitement : _____
	Valeur de la DMO en cours de traitement : _____
	<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.