

1- Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

2- Prescripteur autorisé

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE IND. RÉG.	TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.		

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE		
<i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i>		ANNÉE	MOIS	JOUR
<i>OU</i>	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
<i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
		Québec		

3- Médicament visé par la demande IMPORTANT: Utiliser un formulaire pour chaque médicament.

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT			
99101228 Aquacel Extra AG+	10 x 10 cm		ANNÉE	MOIS	JOUR	
POSOLOGIE	Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.			ANNÉE	MOIS	JOUR
La médication sera administrée:	<input type="checkbox"/> à domicile, au CLSC ou au cabinet privé		<input type="checkbox"/> dans un CH, CHSLD, centre d'hébergement public, privé conventionné, y compris aux consultations externes d'un établissement.		<input type="checkbox"/> ailleurs, précisez	

4- Justification de la demande Inscrire toute information pertinente permettant d'évaluer la demande

Pour le traitement des personnes souffrant de

- Brulures graves
- Plaie chronique grave avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée; et qui présente les signes cliniques suivants: un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2cm de la bordure.

DIAGNOSTIC	SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ	DATE
		ANNÉE MOIS JOUR

DURÉE AUTORISÉE DU PAIEMENT		À L'USAGE DE LA RÉGIE		DEMANDE ÉVALUÉE PAR		DATE	
DU	ANNÉE MOIS JOUR	QUANTITÉ MAXIMALE PAYABLE	ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		

Blank space for additional information.

Retourner le présent formulaire

- par télécopieur à Québec: 418 646-5653
 ailleurs au Québec, sans frais: 1 866 312-3858
- ou par courrier: Régie de l'assurance maladie du Québec
 Service de l'expertise pharmaceutique
 Case postale 6600
 Québec (Québec) G1K 7T3

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Médicament d'exception

Personne assurée

Prescripteur autorisé

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE IND. RÉG.	TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.		

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE

OU

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR
---	---------------	-----------------------------------

si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation

ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.
MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		Québec

si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père

3 - Médicament visé par la demande IMPORTANT: Utiliser un formulaire pour chaque médicament.

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT	
99101229 Aquacel Extra AG+	15x15 cm		ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR
POSOLOGIE	Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.		ANNÉE MOIS JOUR	

à domicile, au CLSC ou au cabinet privé

dans un CH, CHSLD, centre d'hébergement public, privé conventionné, y compris aux consultations externes d'un établissement.

ailleurs, précisez

4 - Justification de la demande Inscrivez toute information pertinente permettant d'évaluer la demande

Pour le traitement des personnes souffrant de

- Brûlures graves
- Plaie chronique grave avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée; et qui présente les signes cliniques suivants: un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2cm de la bordure.

DIAGNOSTIC	SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ	DATE ANNÉE MOIS JOUR
------------	------------------------------------	----------------------

DURÉE AUTORISÉE DU PAIEMENT	À L'USAGE DE LA RÉGIE	DEMANDE ÉVALUÉE PAR	DATE
ANNÉE MOIS JOUR	QUANTITÉ MAXIMALE PAYABLE		ANNÉE MOIS JOUR
DU	ANNÉE MOIS JOUR		

Retourner le présent formulaire

- par télécopieur à Québec : 418 646-5653
- ailleurs au Québec, sans frais : 1 866 312-3658
- par courrier : Régie de l'assurance maladie du Québec Expertise professionnelle (pharmacie) Q040 Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Médicament d'exception

Personne assurée

2- Prescripteur autorisé

<p style="text-align: center;">CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE OU</p> <p>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</p> <p style="font-size: small;">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</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">NOM ET PRÉNOM</td> <td colspan="2">N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE</td> </tr> <tr> <td>ADRESSE NUMÉRO</td> <td>RUE</td> <td colspan="2">BUREAU</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MUNICIPALITÉ</td> <td>PROVINCE</td> <td>CODE POSTAL</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE IND. RÉG.</td> <td colspan="2">TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">NOM ET PRÉNOM</td> <td colspan="2">DATE DE NAISSANCE</td> </tr> <tr> <td>ADRESSE NUMÉRO</td> <td>RUE</td> <td>ANNÉE</td> <td>MOIS JOUR</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MUNICIPALITÉ</td> <td>APP.</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>PROVINCE</td> <td>CODE POSTAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Québec</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.</td> </tr> </table>	NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE		ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU		MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE IND. RÉG.	TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.			NOM ET PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE		ADRESSE NUMÉRO	RUE	ANNÉE	MOIS JOUR	MUNICIPALITÉ		APP.				PROVINCE	CODE POSTAL			Québec				NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	
NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE																																							
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU																																							
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL																																						
TÉLÉPHONE IND. RÉG.	TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.																																								
NOM ET PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE																																							
ADRESSE NUMÉRO	RUE	ANNÉE	MOIS JOUR																																						
MUNICIPALITÉ		APP.																																							
		PROVINCE	CODE POSTAL																																						
		Québec																																							
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.																																							

3 - Médicament visé par la demande **IMPORTANT: Utiliser un formulaire pour chaque médicament.**

NOM DU MÉDICAMENT 99101230 Aquacel Extra AG+	FORME PHARMACEUTIQUE 20 x30 cm	TENEUR	DU	ANNÉE	DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT	AU	ANNÉE	MOIS	JOUR
POSOLOGIE	Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.						ANNÉE	MOIS	JOUR

la médication sera administrée : à domicile, au CLSC ou au cabinet privé dans un CH, CHSLD, centre d'hébergement public, privé conventionné, y compris aux consultations externes d'un établissement. ailleurs, précisez

4 - Justification de la demande Inscrivez toute information pertinente permettant d'évaluer la demande

Pour le traitement des personnes souffrant de

- Brûlures graves
- Plaie chronique grave avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée; et qui présente les signes cliniques suivants: un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2cm de la bordure.

DIAGNOSTIC	SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ	DATE
		ANNÉE MOIS JOUR

DURÉE AUTORISÉE DU PAIEMENT	À L'USAGE DE LA RÉGIE	DEMANDE ÉVALUÉE PAR	DATE
DU	QUANTITÉ MAXIMALE PAYABLE		ANNÉE MOIS JOUR
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
Expertise professionnelle (pharmacie) Q040
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3