

SOMATOTROPHINE (GENOTROPIN GOQUICK^{MC}, GENOTROPIN MINIQICK^{MC}, HUMATROPE^{MC}, NUTROPIN AQ NUSPIN^{MC}, NUTROPIN AQ PEN^{MC}, OMNITROPE^{MC} ET SAIZEN^{MC}) - DÉFICIENCE EN HORMONE DE CROISSANCE LORSQUE LA CROISSANCE OSSEUSE EST TERMINÉE

IMPORTANT

Ce formulaire doit être rempli par le (la) professionnel(le) autorisé(e) à prescrire.

1. IDENTIFICATION

ASSURÉ(E)				PATIENT(E) (si autre que l'assuré(e))				
Nom		Prénom		Nom		Prénom		
N° de client à la CCQ		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Lien avec assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant				
N°	Rue		N° d'appartement		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)			
Ville			Province		Cette demande a-t-elle fait l'objet d'une analyse auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou d'un autre assureur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Code postal	N° de téléphone (1)		N° de téléphone (2)		Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande.			

2. PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

Nom		Prénom		Spécialité		N° de permis	
N°	Rue		N° de bureau		Ville		
Province		Code postal		N° de téléphone		Courriel	

3. MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE

Nom du médicament SOMATOTROPHINE		Forme pharmaceutique		Teneur		Posologie	
Durée prévue du traitement	du (AAAA-MM-JJ)		au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée <input type="checkbox"/>		Si la personne est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé (AAAA-MM-JJ).		

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Cause de la déficience en hormone de croissance	
<input type="checkbox"/> Secondaire à une maladie hypophysaire ou hypothalamique <input type="checkbox"/> Secondaire à une chirurgie <input type="checkbox"/> Secondaire à un traitement de radiothérapie <input type="checkbox"/> Secondaire à un traumatisme <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Moment d'acquisition	
<input type="checkbox"/> Déficience acquise à l'âge adulte <input type="checkbox"/> Déficience acquise durant l'enfance ou l'adolescence	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE (SUITE)

Type de déficience	Mesure de la somatotrophine sérique ou plasmatique		Type d'épreuve de stimulation pharmacologique effectuée
Déficit isolé en hormone de croissance	Deux épreuves de stimulation pharmacologique requises		<input type="checkbox"/> Test de l'hypoglycémie insulinique <input type="checkbox"/> Test au glucagon
	Taux de somatotrophine de la première épreuve	ug/l Date (AAAA-MM-JJ)	
	Taux de somatotrophine de la deuxième épreuve	ug/l Date (AAAA-MM-JJ)	
Déficit multiple en hormones hypophysaires	Une seule épreuve de stimulation pharmacologique requise		<input type="checkbox"/> Test de l'hypoglycémie insulinique <input type="checkbox"/> Test au glucagon
	Taux de somatotrophine	ug/l Date (AAAA-MM-JJ)	

5. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

6. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

Signature	Date (AAAA-MM-JJ)
-----------	-------------------

Le présent formulaire respecte la liberté du (de la) professionnel(le) autorisé(e) de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du (de la) pharmacien(ne) d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements pour fins d'autorisation de paiement.

Retournez le présent formulaire :

- Par Internet : Dans MÉDIC en ligne, à sel.ccq.org (si transmis par l'assuré(e))
- Par télécopieur : **514 341-4451**
- Par la poste : MÉDIC Construction, C. P. 2212, succursale Chabanel, Montréal (Québec) H2N 0B8