

SOMATOTROPHINE (GENOTROPIN GOQUICK^{MC}, GENOTROPIN MINIQUICK^{MC}, HUMATROPE^{MC}, NUTROPIN AQ NUSPIN^{MC}, NUTROPIN AQ PEN^{MC}, OMNITROPE^{MC} ET SAIZEN^{MC}) OU SOMATOTROPHINE- RETARD DE CROISSANCE ET SYNDROME DE TURNER (NORDITROPIN NORDIFLEX^{MC}) - RETARD DE CROISSANCE CAUSÉ PAR UNE SÉCRÉTION INSUFFISANTE DE L'HORMONE DE CROISSANCE ENDOGÈNE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

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

<input type="checkbox"/> SOMATOTROPHINE <input type="checkbox"/> SOMATOTROPHINE – RETARD DE CROISSANCE ET SYNDROME DE TURNER					
Forme pharmaceutique		Teneur		Posologie	
Durée prévue du traitement	du (AAAA-MM-JJ)	au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée		Si la personne est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé (AAAA-MM-JJ).	
Type de demande	<input type="checkbox"/> Demande initiale (Remplissez les sections 4-6-7)		<input type="checkbox"/> Demande de poursuite du traitement (Remplissez les sections 5-6-7)		

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Cause de la déficience en hormone de croissance endogène	
<input type="checkbox"/> Idiopathique	
<input type="checkbox"/> Génétique ou familiale. Précisez : _____	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Renseignements médicaux requis	
Croissance <input type="checkbox"/> Non terminée <input type="checkbox"/> Terminée	
Vitesse de croissance pour l'âge osseux < 25 ^e percentile (calculée sur une période minimale de douze mois ¹) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Âge osseux (ans)	

¹La période d'observation de douze mois ne s'applique pas aux enfants présentant une hypoglycémie secondaire à une déficience en hormone de croissance.

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE (SUITE)

Mesure de la somatotrophine sérique ou plasmatique

Taux de somatotrophine de la **première épreuve** ($\mu\text{g/l}$)

Date (AAAA-MM-JJ)

Taux de somatotrophine de la **deuxième épreuve** ($\mu\text{g/l}$)

Date (AAAA-MM-JJ)

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Données médicales

Âge osseux (ans)

Vitesse de croissance $\geq 2 \text{ cm/an}$ (évaluée lors de deux visites consécutives à un intervalle de trois mois)

Oui

Non. Précisez : _____

6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

7. 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