

SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE LIÉ À L'INSUFFISANCE RÉNALE (NUTROPIN AQ NUSPIN^{MC}, NUTROPIN AQ PEN^{MC} ET SAIZEN^{MC}) - RETARD DE CROISSANCE CAUSÉ PAR UNE INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

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

| SOMATOTROPHINE – RETARD DE CROISSANCE LIÉ À L'INSUFFISANCE RÉNALE | | 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). |
| 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

| Renseignements médicaux requis | |
|---|--|
| Transplantation rénale | <input type="checkbox"/> Faite ou prévue le _____ Date (AAAA-MM-JJ) |
| | <input type="checkbox"/> Non prévue |
| Croissance | <input type="checkbox"/> Non terminée |
| | <input type="checkbox"/> Terminée |
| Taux filtration glomérulaire | <input type="checkbox"/> ≤ 1,25 mL/s/1,73m ² (ou 75 mL/min/1,73m ²) |
| | <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |
| Résultats du score Z (HSDS) ¹ OU de la Δ score Z | score Z (HSDS) ¹ <input type="checkbox"/> ≤ -2 écarts-type |
| | <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |
| | OU |
| Δ score Z (HSDS) | <input type="checkbox"/> < 0 écart-type lorsque la taille est < le 10 ^e percentile ² |
| | <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |

¹ Le score Z ou HSDS (height standard deviation score) représente la taille comparée à la moyenne des valeurs normales pour l'âge et pour le sexe.

² Basé sur des périodes d'observation minimales de 6 mois si l'enfant a plus d'un an et de 3 mois pour l'enfant de moins d'un an.

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Évaluation de la réponse au traitement

Augmentation de Δ du score Z (HSDS) au cours des **douze premiers mois** du traitement

Oui

Non. Précisez : _____

Vitesse de croissance de ≥ 2 cm/an (évaluée lors de deux visites consécutives à un intervalle de trois mois)

Oui

Non. Précisez : _____

Ossification des cartilages de conjugaison observée

Oui

Non

Taille finale prévue atteinte

Oui

Non

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