

# Programme humanitaire d'accès aux contraceptifs 2011 : formulaire de demande

Fax/Téloc. : 1-866-888-7455



LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS  
ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA  
780 promenade Echo Drive, Ottawa, Ontario K1S 5R7  
Tel/Tél.: 1 800 561-2416 or/ou (613) 730-4192  
[www.sogc.org](http://www.sogc.org)

## Toute l'information requise doit être fournie afin de traiter cette demande.

- \* Nota :
- Un numéro de suivi vous sera assigné par la SOGC à la confirmation de votre commande et vous sera acheminé par courriel.
  - Communiquez avec la SOGC si vous n'avez pas reçu la confirmation de votre commande dans les deux jours ouvrables suivant votre demande.
  - Prévoyez de 4 à 6 semaines pour la livraison.
  - Le Programme humanitaire d'accès aux contraceptifs fournit des ordonnances gratuites, pour la durée précisée, pour les patientes dont la situation financière les empêche d'obtenir des contraceptifs. Vous pouvez soumettre une nouvelle demande après cette période si votre patiente satisfait toujours les critères du programme.

## Information sur le médecin traitant (Veuillez imprimer, dactylographier ou étamper.)

Nom : \_\_\_\_\_

Nom du bureau ou de la clinique : \_\_\_\_\_

Adresse du bureau ou de la clinique : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Numéro de tél. : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse courriel (nécessaire pour recevoir votre numéro de suivi) : \_\_\_\_\_

## Information posologique

- Alesse** - 28 jours - 6 mois
  - Marvelon** - 21 jours - 6 mois
  - Tri-Cyclen Lo** - 28 jours - 6 mois
  - Yasmin** - 28 jours - 6 mois
  - YAZ 24/4 day** - 28 jours - 6 mois
  - Timbre contraceptif transdermique EVRA** - 3 mois
  - Anneau contraceptif vaginal NuvaRing** (Rupture dans la chaîne du froid) - 2 mois
- Au meilleur de mes connaissances, la patiente pour qui cette demande est faite n'a pas accès à un régime de remboursement et elle ne peut défrayer le coût du médicament ou du co-paiement du régime d'assurance. Ce programme est réservé à des fins humanitaires.

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Numéro de permis de pratique de la médecine : \_\_\_\_\_

Numéro de suivi assigné à votre commande par la SOGC : \_\_\_\_\_

## RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU DU MÉDECIN

Veillez remplir cette section APRÈS avoir télécopié le formulaire au numéro sans frais 1-866-888-7455.

Nom de la patiente : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Numéro de dossier : \_\_\_\_\_