

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

AFLIBERCEPT (EYLEA^{MC}) - DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE (DMLA) EN PRÉSENCE DE NÉOVASCULARISATION CHOROÏDIENNE

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 AFLIBERCEPT		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 (après administration des trois premières doses) Remplissez les sections 5-6-7	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Indication thérapeutique			
<input type="checkbox"/> Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) en présence de néovascularisation choroïdienne			
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____			
Œil gauche		Œil droit	
Administration de l'aflibercept		Administration de l'aflibercept	
<input type="checkbox"/> En monothérapie		<input type="checkbox"/> En monothérapie	
<input type="checkbox"/> En association avec :		<input type="checkbox"/> En association avec :	
<input type="checkbox"/> Ranibizumab		<input type="checkbox"/> Ranibizumab	
<input type="checkbox"/> Vertéporfine		<input type="checkbox"/> Vertéporfine	
<input type="checkbox"/> Faricimab		<input type="checkbox"/> Faricimab	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Dimension linéaire de la lésion		Dimension linéaire de la lésion	
<input type="checkbox"/> ≤ à 12 surfaces de disque		<input type="checkbox"/> ≤ à 12 surfaces de disque	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE (SUITE)

Œil gauche	Œil droit
État du centre de la macula <input type="checkbox"/> Absence d'atteinte structurelle permanente significative* <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	État du centre de la macula <input type="checkbox"/> Absence d'atteinte structurelle permanente significative* <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Évolution de la maladie des trois derniers mois confirmée par <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Changements récents de l'acuité visuelle <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Évolution de la maladie des trois derniers mois confirmée par <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Changements récents de l'acuité visuelle <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

* L'atteinte est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique, dont l'importance empêche l'obtention d'un bénéfice fonctionnel selon le médecin traitant.

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Indication thérapeutique	
<input type="checkbox"/> Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) en présence de néovascularisation choroïdienne <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Renseignements nécessaires pour évaluer, après trois mois et plus, la réponse au traitement sur les points évalués initialement	
Œil gauche	Œil droit
Réponse au traitement <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration	Réponse au traitement <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration
Examen utilisé Date (AAAA-MM-JJ) : _____ <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Examen utilisé Date (AAAA-MM-JJ) : _____ <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Autre. 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