

**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"/> <b>LUCENTIS<sup>MC</sup></b> <input type="checkbox"/> DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 13 décembre 2023 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		Forme pharmaceutique	
* La personne admissible doit avoir reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux		Teneur	
Durée prévue du traitement		Posologie	
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 - POURSUITE DU TRAITEMENT

Raison empêchant la transition vers la version biosimilaire

Femme enceinte : Date prévue de l'accouchement (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Personne âgée de moins de 18 ans

Personne monoculaire

Personne qui a eu un échec thérapeutique avec au moins 2 autres médicaments biologiques utilisés pour traiter la même condition médicale. Nom de ces médicaments : \_\_\_\_\_  
Veuillez décrire les échecs thérapeutiques observés et joindre la documentation pertinente : \_\_\_\_\_

Autre raison. Précisez : \_\_\_\_\_

## 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Indication thérapeutique

Déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne consécutive à une myopie pathologique

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Renseignements nécessaires pour évaluer, après trois mois et plus, la réponse au traitement sur les points évalués initialement.**

Œil gauche	Œil droit
<b>Réponse au traitement</b> <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration	<b>Réponse au traitement</b> <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration
<b>Examen utilisé</b> Date (AAAA-MM-JJ) : _____ <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<b>Examen utilisé</b> 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](http://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