

**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 <b>DENOSUMAB</b>		Forme pharmaceutique <b>Sol. Inj. S.C. (ser)</b>		Teneur <b>60 mg/ml</b>		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).	

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Indication thérapeutique				
<input type="checkbox"/> Traitement de l'ostéoporose chez l'homme				
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____				
Risque de fractures				
<input type="checkbox"/> Élevé	<input type="checkbox"/> Antécédent de fracture ostéoporotique	Localisation	Date de la fracture (AAAA-MM-JJ)	
	<input type="checkbox"/> Valeur actuelle du score T du <b>col fémoral</b>	Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)		
	<input type="checkbox"/> Si le score T du col fémoral est <b>non disponible</b>	Justification		Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)
		Autre valeur du score T		
	<input type="checkbox"/> Autres facteurs de risque	Localisation		
<input type="checkbox"/> Autre	Précisez			

#### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (SUITE)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

Bisphosphonate oral	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Nom : _____	Précisez : _____	
Bisphosphonate oral	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Nom : _____	Précisez : _____	

#### 5. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

#### 6. 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