

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 ?	
Code postal	N° de téléphone (1)	N° de téléphone (2)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
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 STIRIPENTOL		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

Diagnostic		
<input type="checkbox"/> Syndrome de Dravet		
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
Administration du stiripentol		
<input type="checkbox"/> En association avec le clobazam et le valproate		
<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____		
Crises généralisées AVANT le début du traitement avec le stiripentol		
Nombre mensuel		
Résumé des essais antérieurs		
Antiépileptiques	Résultats	Période d'essai (S'il y a lieu)
Clobazam	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Posologie (dose optimale) : _____	Précisez : _____	
Valproate	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Posologie (dose optimale) : _____	Précisez : _____	

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Crises généralisées

Nombre mensuel

Réponse au traitement

Réduction d'environ 50% la fréquence mensuelle des crises généralisées

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