

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 Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande.		
Code postal	N° de téléphone (1)		N° de téléphone (2)				

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 GLÉCAPRÉVIR/PIBENTASVIR		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).

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Hépatite C chronique Génotype : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Administration de Maviret ^{MC}	
<input type="checkbox"/> En monothérapie	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Stade des dommages hépatiques	
<input type="checkbox"/> Aucune cirrhose	
<input type="checkbox"/> Cirrhose compensée	
<input type="checkbox"/> Cirrhose décompensée	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – TRAITEMENT

Résumé des essais antérieurs		
Traitements contre le VHC	Résultats	Période d'essai (S'il y a lieu)
<input type="checkbox"/> N'a jamais reçu de traitement contre le VHC		
Traitement à base d'interféron alfa pégylé <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____	<input type="checkbox"/> Échec thérapeutique • en association avec la ribavirine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Traitement à base de sofosbuvir <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____	<input type="checkbox"/> Échec thérapeutique • en association avec la ribavirine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Inhibiteur de la protéase NS3/4A <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____	<input type="checkbox"/> Échec thérapeutique <input type="checkbox"/> Autre : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Inhibiteur de la protéine NS5A <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____	<input type="checkbox"/> Échec thérapeutique <input type="checkbox"/> Autre : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Autre : _____	Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)

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 (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