

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	
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 ÉDARAVONE		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).
La médication sera administrée <input type="checkbox"/> à domicile, au CLSC ou au cabinet privé		<input type="checkbox"/> dans un CH, CHSLD, centre d'hébergement public, privé conventionné, y compris aux consultations externes d'un établissement.		<input type="checkbox"/> ailleurs, précisez : _____

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Sclérose latérale amyotrophique (SLA) définitive ou probable selon les critères diagnostiques d'El Escorial révisés	
• symptômes de la maladie depuis moins de 2 ans : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Évaluation avant le début du traitement avec édaravone	
Capacité vitale forcée	CVF (% de la valeur prédite)
Clairance à la créatinine	mL/min
Scores associés aux éléments de l'échelle <i>Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale - Revised</i> (ALSFERS-R)	Dyspnée : _____ points
	Orthopnée : _____ points
	Insuffisance respiratoire : _____ points
Score ≥ 2 points pour chacun des autres éléments : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autonomie préservée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trachéotomie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Trachéotomie : Oui Non

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