

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 <input type="checkbox"/> DULAGLUTIDE <input type="checkbox"/> LIRAGLUTIDE		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 renouvellement d'une autorisation (Remplissez les sections 5-6-7)					

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic					
<input type="checkbox"/> Diabète de type 2					
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____					
Indication thérapeutique					
<input type="checkbox"/> Contrôle glycémique inadéquat					
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____					
Administration de l'analogue du GLP-1					
<input type="checkbox"/> En association avec la metformine					
<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____					
Indice de masse corporelle (IMC)					
IMC (kg/m ²)	OU	Poids		Taille	
Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)					
Inhibiteur de la DPP4					
Nom	<input type="checkbox"/> Inefficacité ¹ <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre				du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Précisez : _____					

¹ Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ)

En association avec la metformine

Oui

Non. Précisez la raison : _____

Dose utilisée

Dulaglutide ≤ 1,5 mg/semaine > 1,5 mg/semaine

Liraglutide ≤ 1,8 mg/semaine > 1,8 mg/semaine

Effet clinique bénéfique observé

Diminution de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) d'au moins 0,5 %

Atteinte de la valeur cible d'HbA1c de 7% ou moins

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