

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

<input type="checkbox"/> NINTEDANIB (ÉSILATE DE)		<input type="checkbox"/> PIRFÉNIDONE		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 changement du traitement Remplissez les sections 4-6-7		<input type="checkbox"/> Demande de renouvellement d'une autorisation Remplissez les sections 5-6-7		

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diagnostic ou contexte clinique	
<input type="checkbox"/> Traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Tests de la fonction respiratoire	
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)	
Capacité vitale forcée	CVF : _____ % de la valeur prédite
Capacité de diffusion du monoxyde de carbone	DLCO _{corr} : _____ % de la valeur prédite corrigée pour l'hémoglobine
Ratio du volume expiratoire maximum en une seconde (VEMS) sur la CVF	$\frac{VEMS}{CVF} =$ _____

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE DE RENOUELEMENT D'UNE AUTORISATION

Diminution en valeur absolue de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, dans les 12 derniers mois	Test de la fonction respiratoire il y a 12 mois	Test de la fonction respiratoire le plus récent
<input type="checkbox"/> Diminution < 10 % <input type="checkbox"/> Diminution ≥ 10 %	Date (AAAA-MM-JJ)	Date (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Autre _____	CVF : _____ % de la valeur prédite	CVF : _____ % de la valeur prédite

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