

DARBÉPOÉTINE ALFA (ARANESP^{MC}), ÉPOÉTINE ALFA (EPREX^{MC}) - ANÉMIE LIÉE À L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE GRAVE OU ANÉMIE NON HÉMOLYTIQUE CHRONIQUE ET SYMPTOMATIQUE

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

<input type="checkbox"/> DARBÉPOÉTINE ALFA <input type="checkbox"/> ÉPOÉTINE ALFA		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

Indication thérapeutique					
<input type="checkbox"/> Anémie liée à l'insuffisance rénale chronique grave		<input type="checkbox"/> Sous dialyse		Clairance de la créatinine (ml/min)	
		<input type="checkbox"/> Avant le début de la dialyse		ou	
<input type="checkbox"/> Anémie non hémolytique chronique liée à une tumeur non myéloïde		<input type="checkbox"/> Traitement de chimiothérapie		Date du début du traitement (AAAA-MM-JJ)	
				Date de la cessation de la chimiothérapie (réelle ou prévue) (AAAA-MM-JJ)	
		<input type="checkbox"/> Aucun traitement de chimiothérapie en cours. Précisez : _____			
<input type="checkbox"/> Anémie non hémolytique chronique liée à une autre pathologie (EXCLUSIVEMENT pour l'époétine alfa (Eprex ^{MC}))					
Précisez : _____					
<input type="checkbox"/> Autre					
Précisez : _____					

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE (SUITE)

Résultats d'analyses de laboratoire et d'examen AVANT le début du traitement
(NE PAS REMPLIR cette section s'il s'agit d'une anémie LIÉE à de l'insuffisance rénale chronique grave)

Taux d'hémoglobine (g/l)

Date (AAAA-MM-JJ)

Valeurs en fer, vitamine B12 et acide folique Normales Carence notée

Personne éprouvant des symptômes liés à son anémie Oui Non

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Renseignements nécessaires pour évaluer, après trois mois et plus, la réponse au traitement

<input type="checkbox"/> Anémie liée à l'insuffisance rénale chronique grave	<input type="checkbox"/> Sous dialyse	Clairance de la créatinine (ml/min)	
	ou <input type="checkbox"/> Valeur actuelle	ou	
		Créatinine sérique (µmol/L)	Poids (kg)

Anémie NON LIÉE à de l'insuffisance rénale chronique grave

Renseignements relatifs à l'évaluation	Avant le début du traitement	Actuellement
Date du bilan	Date (AAAA-MM-JJ)	Date (AAAA-MM-JJ)
Hémoglobine	g/l	g/l
ou Numération des réticulocytes	réticulocytes/litre	réticulocytes/litre
Traitement de chimiothérapie en cours		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Justifiez : _____

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