

**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 <b>LÉNALIDOMIDE</b>		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).	
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

Précisions sur le SMD	
<input type="checkbox"/> SMD avec <b>anomalie cytogénitique 5q de suppression</b>	
<input type="checkbox"/> À risque faible ou intermédiaire-1 selon l'IPSS	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez la valeur de l'IPSS : _____	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Caractéristiques de l'anémie	
Taux d'hémoglobine (Hb)	
<input type="checkbox"/> < 90 g/l	Taux d'Hb (g/l)
<input type="checkbox"/> ≥ 90 g/l	Taux d'Hb (g/l)
Dépendance transfusionnelle	
<input type="checkbox"/> Oui	Historique des transfusions sanguines des <b>six derniers mois</b>
<input type="checkbox"/> Non	

## 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

AVANT LE DÉBUT DU TRAITEMENT	EFFET OBSERVÉ À LA SUITE DU TRAITEMENT
Dépendance transfusionnelle	<input type="checkbox"/> Réduction d'au moins 50 % du nombre de transfusions sanguines <input type="checkbox"/> Autre. Justifiez la poursuite de ce traitement :
Aucune transfusion sanguine au cours des 6 mois précédant le début du traitement	<b>Hausse du taux d'Hb par rapport au taux avant le début du traitement</b> <input type="checkbox"/> $\geq 15$ g/l <input type="checkbox"/> $< 15$ g/l Précisez : _____ <b>Indépendance transfusionnelle</b> <input type="checkbox"/> Maintenue <input type="checkbox"/> Non. 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](http://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