

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

Nom du médicament IMATINIB (mésylate d')		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

Diagnostic		Leucémie lymphoblastique aiguë (LLA) chez l'adulte					
<input type="checkbox"/> Avec chromosome de Philadelphie positif		<input type="checkbox"/> Sans chromosome de Philadelphie					
Stade de la maladie et son traitement							
<input type="checkbox"/> Maladie réfractaire ou récidivante		Transplantation de cellules souches prévisible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
<input type="checkbox"/> Maladie nouvellement diagnostiquée		Phase actuelle du traitement avec l'imatinib <input type="checkbox"/> Phase d'induction <input type="checkbox"/> Phase de consolidation <input type="checkbox"/> Phase de maintien					
		La personne a reçu une chimiothérapie parentérale d'induction ET de consolidation					
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Précisez-en la raison : _____					
Administration de l'imatinib							
<input type="checkbox"/> En monothérapie							
<input type="checkbox"/> En association avec une chimiothérapie parentérale							
<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____							

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Réponse au traitement avec l'imatinib

Suite à la prise d'imatinib,
un **bénéfice clinique a été
démontré**

Oui

Réponse hématologique

Autre. Précisez : _____

Non

Bénéfice escompté avec la poursuite de ce traitement : _____

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