

**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"/> AZTRÉONAM	<input type="checkbox"/> LÉVOFLOXACINE	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).	

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diagnostic ou contexte clinique					
<input type="checkbox"/> Fibrose kystique <input type="checkbox"/> Infection chronique par le <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____					
Résumé de l'essai antérieur de la tobramycine pour inhalation (Tobi <sup>MC</sup> ou une version générique, Tobi Podhaler <sup>MC</sup> )					
<input type="checkbox"/> Inefficacité (détérioration de l'état de santé)	<input type="checkbox"/> Intolérance à une solution pour inhalation (Tobi <sup>MC</sup> ou une version générique)	<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Autre	PÉRIODE D'ESSAI	
Précisez : _____				du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)	

## 5. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

## 6. 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