

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 RISDIPLAM		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 renouvellement d'une autorisation (Remplissez les sections 5-6-7)			

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic ou contexte clinique	
<input type="checkbox"/> Amyotrophie spinale 5q chez une personne âgée d'au moins 2 mois	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Test génétique	
<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Mutation ou délétion biallélique du gène <i>SMN1</i>	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
<input type="checkbox"/> Non	
Copies du gène <i>SMN2</i>	
<input type="checkbox"/> Présence de deux, trois ou quatre copies	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Présentation de la maladie	
<input type="checkbox"/> Présence de symptômes	
<input type="checkbox"/> Absence de symptômes	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE (SUITE)

Dépendance à une ventilation permanente¹

- Oui
 Non

Résumé des essais antérieurs

Nusinersen (Spinraza^{MC})²

- Oui
 Le nusinersen sera cessé avant l'instauration du traitement avec le risdiplam
 La personne n'est plus sous traitement avec le nusinersen
 Non. La personne n'a jamais été traitée avec le nusinersen

Onasemnogène abéparvovec (Zolgensma^{MC})

- Oui
 Non

¹ La ventilation permanente est définie par le recours à une assistance respiratoire (invasive ou non invasive) de 16 heures ou plus par jour, pendant plus de 21 jours consécutifs, sauf si elle est liée à un épisode aigu réversible.

² Les personnes ayant reçu du risdiplam ne peuvent pas recevoir de nusinersen par la suite.

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

Effet clinique bénéfique observé

- Absence de détérioration significative des fonctions neuromotrices
Absence de ventilation permanente Oui Non
Absence d'une alimentation exclusivement par voie nasogastrique ou par gastrostomie Oui Non
Stabilisation ou amélioration de la condition médicale Oui Non
 Autre. 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 (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