

**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>BUROSUMAB</b>		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 renouvellement d'une autorisation (Remplissez les sections 5-6-7)							

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE

Diagnostic ou contexte clinique	
<input type="checkbox"/> Hypophosphatémie liée au chromosome X chez une personne âgée d'au moins 12 mois et de moins de 18 ans	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Mutation du gène PHEX	
<input type="checkbox"/> Présente chez la personne	
<input type="checkbox"/> Présente chez un membre de la famille immédiate	
Dosage plasmatique du facteur de croissance des fibroblastes 23 (FGF23)	
<input type="checkbox"/> Supérieur à la normale	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
<input type="checkbox"/> Absence de la mutation du gène PHEX	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Valeur du <i>Thacher Rickets Severity Score</i> (RSS) avant le début du traitement avec le burosuab	
Score RSS <input type="checkbox"/> < 2 points <input type="checkbox"/> ≥ 2 points	
Plaques de croissance	
<input type="checkbox"/> Fusionnées	
<input type="checkbox"/> Non fusionnées	

## 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

Plaques de croissance selon la radiologie<sup>1</sup>

Fusionnées

Non fusionnées

Effet clinique bénéfique observé

Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ)

Amélioration d'au moins un point sur le *Radiographic Global Impression of Change* (RGI-C) par rapport aux radiographies précédant le début du traitement.

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Pour une personne de 18 ans et plus présentant des plaques de croissance non fusionnées, veuillez fournir la preuve radiologique.

## 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