

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 SIPONIMOD (ACIDE FUMARIQUE DE)		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"/> Sclérose en plaques progressive secondaire	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
EDSS AVANT le début du traitement avec le siponimod	Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)
Évolution de la maladie	
Maladie ACTIVE caractérisée par au moins un des éléments suivants :	
<input type="checkbox"/> Une poussée clinique dans les deux dernières années	
<input type="checkbox"/> Une nouvelle lésion en T2 dans la dernière année	
<input type="checkbox"/> Une augmentation du volume d'une lésion en T2 dans la dernière année	
<input type="checkbox"/> Une lésion rehaussée par le gadolinium à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans la dernière année	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

Diagnostic ou contexte clinique

Sclérose en plaques progressive secondaire

Autre. Précisez : _____

EDSS ACTUEL

Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)

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