

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 FILGRASTIM – NEUPOGEN^{MC} (DÉBUTÉ AVANT LE 30 SEPTEMBRE 2020)¹		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).			

¹ Le remboursement de Neupogen^{MC} est permis seulement pour les personnes poursuivant sans interruption un traitement commencé AVANT le 30 septembre 2020. Cependant, des biosimilaires de filgrastim sont inscrits sur la *Liste des médicaments*. Si la condition de la personne assurée correspond à l'une des indications donnant droit au paiement des biosimilaires, l'ordonnance peut être codifiée. Veuillez consulter le répertoire des *Codes des médicaments d'exception* pour plus de détails.

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Indication thérapeutique	
<input type="checkbox"/>	Pour le traitement d'une personne recevant des cycles de chimiothérapie moyennement ou hautement myélosuppressive (≥ 40 p. cent de risque de neutropénie fébrile).
<input type="checkbox"/>	Pour le traitement d'une personne à risque de développer une neutropénie grave lors de chimiothérapie.
<input type="checkbox"/>	Lors des cycles subséquents de chimiothérapie, pour le traitement d'une personne ayant souffert d'une neutropénie grave (neutrophiles < 0,5 X 10 ⁹ /L) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de la dose d'antinéoplasiques n'est pas appropriée.
<input type="checkbox"/>	Lors des cycles subséquents de chimiothérapie à visée curative, pour le traitement d'une personne ayant souffert d'une neutropénie (neutrophiles < 1,5 X 10 ⁹ /L) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de dose ou un retard dans le plan d'administration de la chimiothérapie ne sont pas acceptables.
<input type="checkbox"/>	Lors de chimiothérapie chez un enfant atteint de tumeur solide.
<input type="checkbox"/>	Pour le traitement d'une personne souffrant d'une aplasie médullaire grave (neutrophiles < 0,5 X 10 ⁹ /L) en attente d'un traitement curatif par une greffe de moelle osseuse ou par le sérum antithymocytes.
<input type="checkbox"/>	Pour le traitement d'une personne souffrant d'une neutropénie chronique congénitale, héréditaire, idiopathique ou cyclique ayant une numération des neutrophiles < 0,5 X 10 ⁹ /L.
<input type="checkbox"/>	Pour le traitement d'une personne infectée par le VIH souffrant d'une neutropénie grave (neutrophiles < 0,5 X 10 ⁹ /L).
<input type="checkbox"/>	Pour stimuler la moelle osseuse chez le receveur en vue d'une autogreffe.
<input type="checkbox"/>	Pour le traitement d'appoint lors de leucémie myéloïde aiguë.
<input type="checkbox"/>	Autre. Précisez : _____

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 (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