

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

| | | | | | | | |
|---|-----------------|--|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ECULIZUMAB - SOLIRIS ^{MC} | | | | <input type="checkbox"/> RAVULIZUMAB - ULTOMIRIS ^{MC} | | | |
| 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 poursuite du traitement (Remplissez les sections 5-6-7) | | | | | | | |

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Diagnostic ou contexte clinique | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hémoglobinurie paroxystique nocturne symptomatique | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | | | | | | | |
| Hémolyse corroborée par une concentration sérique élevée de lactate déshydrogénase | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | | | |
| État de santé de la personne | | | | | | | |
| Sélectionnez le ou les éléments correspondants : | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Un événement thromboembolique traité avec un anticoagulant; | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Administration d'au moins 4 transfusions de globules rouges au cours des derniers 12 mois; | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Une anémie définie par une concentration sérique d'hémoglobine mesurée à au moins 2 reprises, inférieure à 100 g/L et accompagnée de symptômes d'anémie ou inférieure ou égale à 70 g/L; | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Une insuffisance pulmonaire définie par la présence d'une dyspnée invalidante, de douleurs thoraciques limitant les activités de la vie quotidienne ou d'hypertension artérielle pulmonaire; | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Une insuffisance rénale définie par une clairance de la créatinine inférieure ou égale à 60 mL/min; | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Des spasmes musculaires qui entraînent de la douleur dont l'intensité est telle qu'une hospitalisation ou un traitement analgésique avec des opiacés est requis. | | | | | | | |

Il est à noter que l'écilizumab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre inhibiteur de complément C5 utilisé dans le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne.

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

Effet clinique bénéfique observé

Diminution de l'hémolyse corroborée par une réduction significative de la concentration sérique de lactate déshydrogénase par rapport à la concentration sérique avant le début du traitement

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