

**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>IDÉLALISIB</b>		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 à la suite du traitement de 8 cycles combinant <u>idélalisib et rituximab</u> (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 À LA SUITE DU TRAITEMENT DE 8 CYCLES COMBINANT IDÉLALISIB ET RITUXIMAB

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Leucémie lymphoïde chronique (LLC)	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Administration de l'idélalisib	
<input type="checkbox"/> En monothérapie	
<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____	
Intention de traitement	
<input type="checkbox"/> Traitement de 2 <sup>e</sup> intention ou plus chez une personne dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement de 8 cycles combinant <u>l'idélalisib et le rituximab</u>	
Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ)	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	

## 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Administration de l'idélalisib

En monothérapie

Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

Effet clinique bénéfique observé

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

Absence de progression de la maladie

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](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