

IMPORTANT

Ce formulaire doit être utilisé uniquement pour les demandes de patient d'exception et doit être rempli par le (la) professionnel(le) autorisé(e) à prescrire. Cette demande sera ensuite analysée afin de déterminer si vous bénéficiez d'une couverture d'assurance pour le médicament prescrit.

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

IMPORTANT : Utilisez un formulaire pour **chaque** médicament.

Nom du médicament		Forme pharmaceutique		Teneur		Durée prévue du traitement (du AAAA-MM-JJ au AAAA-MM-JJ)	
Posologie				Si la personne est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé (AAAA-MM-JJ).			

Pour un médicament en soin de confort pour une personne en phase terminale de sa maladie, remplissez uniquement les sections 4, 7, 8 et 10.

4. INDICATION THÉRAPEUTIQUE ET OBJECTIF DE TRAITEMENT

A. Diagnostic et indication thérapeutique		B. Objectif thérapeutique visé	
---	--	--------------------------------	--

5. RENSEIGNEMENTS SUR LA CHRONICITÉ DE LA CONDITION MÉDICALE À TRAITER

Date de début des symptômes, des complications ou des manifestations de la maladie (AAAA-MM-JJ)	Si la condition à traiter est épisodique, précisez la fréquence et la durée des épisodes.
---	---

6. RENSEIGNEMENTS SUR LA GRAVITÉ DE LA CONDITION MÉDICALE À TRAITER

Si le traitement avec le médicament faisant l'objet de cette demande a déjà commencé, répondez en tenant compte de l'état de la personne avant le début de ce traitement.

A. Veuillez préciser le degré de limitation fonctionnelle physique en lien avec le diagnostic visé.

* Légende : 0 = aucune limitation, 1 = limitation légère, 2 = limitation modérée, 3 = limitation grave, 4 = limitation extrême

Type d'activités	Degré de limitation*
Activités physiques (marche, montée d'escaliers, soulèvement d'un objet ou autre)	
Activités quotidiennes à la maison (hygiène personnelle, préparation des repas, ménage ou autre)	
Activités quotidiennes en dehors de la maison (emploi rémunéré ou non, fréquentation scolaire, emplettes, loisirs, pratique d'un sport ou autre)	
Activités sociales (repas au restaurant, cinéma, visites chez des membres de la famille, bénévolat ou autre)	

B. En l'absence d'atteintes fonctionnelles physiques, l'aggravation de sa condition médicale pourrait-elle avoir des répercussions sur son état en termes de morbidité ou de mortalité ?

Non Oui Si oui, précisez :

6. RENSEIGNEMENTS SUR LA GRAVITÉ DE LA CONDITION MÉDICALE À TRAITER (SUITE)

C. Si cette personne présente des atteintes fonctionnelles psychologiques découlant de la condition à traiter, veuillez les décrire et en préciser la gravité :

D. Si une échelle d'évaluation de la gravité de la condition à traiter existe ou que des résultats d'examen sont disponibles, veuillez les fournir (par exemple, échelle visuelle analogue). S'il s'agit d'un symptôme, décrivez-en l'intensité, la fréquence et la durée :

E. Une investigation en spécialité a-t-elle été effectuée? Précisez :

IMPORTANT : Joignez les résultats d'examens cliniques pertinents à cette demande, incluant un rapport d'investigation en spécialité, s'il y a lieu (par exemple, imagerie, score T, valeurs de laboratoire).

7. RENSEIGNEMENTS SERVANT À DÉTERMINER SI LE MÉDICAMENT FAISANT L'OBJET DE CETTE DEMANDE CONSTITUE UN DERNIER RECOURS

A. Précisez les traitements médicaux et les médicaments reçus pour traiter cette condition, la posologie de ces médicaments, la durée de ces traitements et la raison de leur arrêt :

B. Quels autres médicaments et traitements médicaux reconnus efficaces pour le traitement de cette condition ne peuvent être prescrits à cause de restrictions particulières au présent cas? Expliquez pourquoi :

C. Si le traitement avec le médicament faisant l'objet de cette demande a déjà commencé, précisez la date de début et les effets bénéfiques observés :

8. AUTRES RENSEIGNEMENTS EN LIEN AVEC LA SITUATION PARTICULIÈRE DE CETTE PERSONNE

9. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (POURSUITE D'UNE AUTORISATION AYANT DÉJÀ ÉTÉ ACCORDÉE PAR MÉDIC CONSTRUCTION)

Précisez les effets bénéfiques de ce médicament depuis le début du traitement :

10. 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