

**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 ?		
Code postal	N° de téléphone (1)		N° de téléphone (2)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
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"/> VEDOLIZUMAB Pd. Perf. I.V.	Posologie	Durée prévue du traitement	du (AAAA-MM-JJ)	au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> VEDOLIZUMAB Sol. Inj. S.C.	Posologie		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		<input type="checkbox"/> Demande de renouvellement d'une autorisation		
Forme Pd. Perf. I.V. : Remplissez les sections 4-5-8-9		Remplissez les sections 7-8-9		
Forme Sol. Inj. S.C. : Remplissez les sections 4-6-8-9				

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

À remplir seulement dans le cas d'un changement de médicament biologique

Nom du médicament biologique qui sera remplacé

Changement de médicament biologique en raison d'un échec thérapeutique

Changement de médicament biologique pour une autre raison. Précisez : \_\_\_\_\_

Diagnostic ou contexte clinique

Maladie de Crohn modérée à grave chez l'adulte

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

## 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE POUR LE VEDOLIZUMAB SOL. INJ. S.C.

La personne a reçu ou recevra au préalable au moins deux doses de vedolizumab Pd. Perf. I.V.<sup>1</sup> comme traitement d'induction pour la maladie de Crohn.  Oui  Non

## 6. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE DE RENOUELEMENT D'UNE AUTORISATION

Début du traitement du médicament demandé (AAAA-MM-JJ)

Dernière injection (AAAA-MM-JJ)

Effets bénéfiques obtenus

## 7. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

## 8. 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