

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 DASATINIB | | 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 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase chronique | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase accélérée | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | | | | | | | |
| Administration du Dasatinib | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Traitement de 1 ^{re} intention | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Traitement de 2 ^e intention | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | | | | | | | |
| Résumé des essais antérieurs | | | | | | | |
| IMATINIB | | <input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Réponse sous optimale <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication | | | | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) | |
| Précisez : _____ | | | | | | | |
| NILOTINIB | | <input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Réponse sous optimale <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication | | | | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) | |
| Précisez : _____ | | | | | | | |

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Réponse hématologique

| | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | Éléments de la réponse hématologique observée |
| <input type="checkbox"/> Non | Bénéfice clinique escompté avec la poursuite de ce traitement |

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