

**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

Nom du médicament <b>VISMODEGIB</b>		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).	

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diagnostic							
<input type="checkbox"/> Carcinome basocellulaire <input type="checkbox"/> Localement avancé <input type="checkbox"/> Métastatique <input type="checkbox"/> Autre stade. Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Personne admissible à un autre traitement							
Chirurgie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____							
Radiothérapie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____							
Valeur ACTUELLE du statut de performance							
ECOG <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4							

### 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Effet clinique bénéfique observé							
Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ)							
<input type="checkbox"/> Absence de progression de la maladie <input type="checkbox"/> 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