

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 ALEMTUZUMAB		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

Indication thérapeutique							
<input type="checkbox"/> Sclérose en plaques de forme rémittente							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
EDSS AVANT le début du traitement avec l' alemtuzumab				Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)			
L'alemtuzumab sera administré en monothérapie							
<input type="checkbox"/> Oui							
<input type="checkbox"/> Non							
Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)							
Agent modificateur :		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre				du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)	
Précisez : _____							
Agent modificateur :		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre				du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)	
Précisez : _____							
Aucun agent modificateur		<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre					
Précisez : _____							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE (SUITE)

Évolution de la maladie

Survenue de 2 poussées au cours des 2 dernières années.

Date de la 1^{re} poussée (AAAA-MM-J) : _____

Date de la 2^e poussée (AAAA-MM-J) : _____

Autre. Précisez : _____

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT APRÈS LA PREMIÈRE ANNÉE

Renseignements requis pour évaluer la réponse au traitement

Diagnostic

Sclérose en plaques de forme **rémittente**

Autre. Précisez : _____

EDSS AVANT le début du traitement avec l'**alemtuzumab**

Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)

EDSS ACTUEL

Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)

Réduction de la fréquence annuelle des poussées au cours de la dernière année

Oui

Non

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