

**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 <b>NILOTINIB</b>		Forme pharmaceutique		Teneur		Posologie	
Durée prévue du traitement		du (AAAA-MM-JJ)		au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée		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 Nilotinib	
<input type="checkbox"/> Traitement de 1 <sup>re</sup> intention	
<input type="checkbox"/> Traitement de 2 <sup>e</sup> intention	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Résumé de l'essai antérieur avec l'imatinib pour le traitement de deuxième intention. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)	
<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Réponse sous optimale <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre	
Précisez : _____	
du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)	

## 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](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