

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 THALIDOMIDE		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 changement de traitement Remplissez les sections 4-6-7		<input type="checkbox"/> Demande de poursuite de traitement Remplissez les sections 5-6-7			

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE OU CHANGEMENT DE TRAITEMENT

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Traitement du myélome multiple	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Indication thérapeutique	
<input type="checkbox"/> Traitement de PREMIÈRE intention	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez les traitements reçus : _____	
Administration de la thalidomide	
Melphalan	<input type="checkbox"/> En association <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
Prednisone	<input type="checkbox"/> En association <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
Bortézomib	<input type="checkbox"/> En association <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
Greffe de cellules souches	
<input type="checkbox"/> La personne concernée est candidate à la greffe de cellules souches	
<input type="checkbox"/> La personne concernée n'est pas candidate à la greffe de cellules souches	

