

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 CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 2		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 renouvellement d'une autorisation (Remplissez les sections 5-6-7)							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic ou situation clinique							
<input type="checkbox"/> Autosurveillance de la glycémie d'une personne diabétique de type 1, âgée de 4 ans ou plus mais de moins de 18 ans							
<input type="checkbox"/> Autosurveillance de la glycémie d'une personne diabétique âgée de 18 ans ou plus							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Thérapie insulinaire (pour la personne âgée de 18 ans ou plus)							
<input type="checkbox"/> Thérapie insulinaire intensive							
<input type="checkbox"/> Traitement par pompe à insuline							
<input type="checkbox"/> ≥ 3 injections d'insuline par jour							
• Insuline à action rapide _____				Nombre d'injections par jour _____			
• Insuline basale _____				Nombre d'injections par jour _____			
<input type="checkbox"/> Autre régime insulinaire. Précisez : _____							
Contrôle du diabète (pour la personne âgée de 18 ans ou plus)							
Épisodes fréquents d'hypoglycémie durant la dernière année							
<input type="checkbox"/> Oui. Pour prévenir ses hypoglycémies, la personne a-t-elle adhéré à un plan de gestion de la glycémie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
<input type="checkbox"/> Non							

¹ Un plan de gestion de la glycémie est conseillé pour la prévention de l'hypoglycémie. Parmi les stratégies recommandées (Yale 2018), se trouvent : respecter son plan d'alimentation (quantité de glucides à consommer), respecter l'horaire des repas et des collations, respecter sa prescription d'insuline, mesurer régulièrement sa glycémie et ajuster au besoin le traitement comme recommandé, ajuster la dose d'insuline ou les glucides de l'alimentation en fonction d'une activité physique.

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

La personne utilise le Freestyle Libre^{MC} ou Freestyle Libre 2^{MC} de façon optimale, soit au moins 70 % du temps

Oui

Non. 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 (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