

**IMPORTANT**

Ce formulaire doit être utilisé uniquement pour les demandes de patient d'exception et doit être rempli par le (la) professionnel(le) autorisé(e) à prescrire. Cette demande sera ensuite analysée afin de déterminer si vous bénéficiez d'une couverture d'assurance pour le médicament prescrit.

**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**

**IMPORTANT** : Utilisez un formulaire pour **chaque** médicament.

Nom du médicament		Forme pharmaceutique	Teneur	Durée prévue du traitement (du AAAA-MM-JJ au AAAA-MM-JJ)	
Posologie			Si la personne est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé (AAAA-MM-JJ).		
Autres précisions, s'il y a lieu					
<input type="checkbox"/> La prise de ce médicament découle d'un événement couvert par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).					
<input type="checkbox"/> La prise de ce médicament découle d'un accident couvert par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).					
Type de demande	<input type="checkbox"/> <b>Première demande</b> Remplissez toutes les sections, sauf les sections 8 et 9.	<input type="checkbox"/> <b>Renouvellement d'une autorisation ayant déjà été accordée</b> Remplissez les sections 1, 2, 3, 4, 8, 10 et 11.	<input type="checkbox"/> <b>Poursuite d'un traitement médicamenteux fourni et amorcé dans un établissement de santé du Québec</b> Joignez à votre demande la décision individualisée écrite du comité de pharmacologie et remplissez les sections 1, 2, 3, 4, 9, 10 et 11.		

**4. INDICATION THÉRAPEUTIQUE ET EFFETS BÉNÉFIQUES ATTENDUS**

Dans un contexte de soins palliatifs ambulatoires au cours de la phase terminale, dans le cadre d'une maladie mortelle (soins de fin de vie), remplissez les sections 4, 7, 10 et 11.

A. Diagnostic et indication thérapeutique
B. Objectif thérapeutique visé

**5. RENSEIGNEMENTS SUR LA CHRONICITÉ DE LA CONDITION MÉDICALE À TRAITER**

Date de début des symptômes, des complications ou des manifestations de la maladie (AAAA-MM-JJ)	Si la condition à traiter est épisodique, précisez la fréquence et la durée des épisodes.
---	---

## 6. RENSEIGNEMENTS SUR LA GRAVITÉ DE LA CONDITION MÉDICALE À TRAITER

Si le traitement avec le médicament faisant l'objet de cette demande a déjà commencé, répondez en tenant compte de l'état de la personne avant le début de ce traitement.

A. Veuillez préciser le degré de limitation fonctionnelle physique en lien avec le diagnostic visé.

\* Légende : 0 = aucune limitation, 1 = limitation légère, 2 = limitation modérée, 3 = limitation grave, 4 = limitation extrême

Type d'activités	Degré de limitation*
Activités physiques (marche, montée d'escaliers, soulèvement d'un objet ou autre)	
Activités quotidiennes à la maison (hygiène personnelle, préparation des repas, ménage ou autre)	
Activités quotidiennes en dehors de la maison (emploi rémunéré ou non, fréquentation scolaire, emplettes, loisirs, pratique d'un sport ou autre)	
Activités sociales (repas au restaurant, cinéma, visites chez des membres de la famille, bénévolat ou autre)	

B. En l'absence d'atteintes fonctionnelles physiques, l'aggravation de sa condition médicale pourrait-elle avoir des répercussions sur son état en termes de morbidité ou de mortalité ?

Non  Oui Si oui, précisez :

C. Si cette personne présente des atteintes fonctionnelles psychologiques découlant de la condition à traiter, veuillez les décrire et en préciser la gravité :

D. Si une échelle d'évaluation de la gravité de la condition à traiter existe ou que des résultats d'examen sont disponibles, veuillez les fournir (par exemple, échelle visuelle analogue). S'il s'agit d'un symptôme, décrivez-en l'intensité, la fréquence et la durée :

E. Si la maladie, les symptômes ou les complications qui en découlent entraînent des consultations médicales multiples ou des hospitalisations, veuillez les décrire :

**IMPORTANT : Joignez les résultats d'examens cliniques pertinents à cette demande, incluant un rapport d'investigation en spécialité, s'il y a lieu (par exemple, imagerie, score T, valeurs de laboratoire).**

## 7. RENSEIGNEMENTS SERVANT À DÉTERMINER SI LE MÉDICAMENT FAISANT L'OBJET DE CETTE DEMANDE CONSTITUE UN DERNIER RECOURS

A. Précisez les traitements médicaux et les médicaments reçus pour traiter cette condition, la posologie de ces médicaments, la durée de ces traitements et la raison de leur arrêt :

B. Quels autres médicaments et traitements médicaux reconnus efficaces pour le traitement de cette condition ne peuvent être prescrits à cause de restrictions particulières au présent cas ? Expliquez pourquoi :

C. Si le traitement avec le médicament faisant l'objet de cette demande a déjà commencé, précisez la date de début et les effets bénéfiques observés :

## 8. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (POURSUITE D'UNE AUTORISATION AYANT DÉJÀ ÉTÉ ACCORDÉE PAR MÉDIC CONSTRUCTION)

Précisez les effets bénéfiques observés avec la prise de ce médicament, en fonction de ceux qui était attendus et mesurables au regard de la conditions médicale de cette personne :

## 9. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (POURSUITE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX FOURNI ET AMORCÉ DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU QUÉBEC)

La décision individuelle écrite du comité de pharmacologie autorisant le traitement à l'aide du médicament fourni par un établissement doit nous être transmise avec la demande d'autorisation.

Indiquer la date de début du traitement avec ce médicament commencé en établissement. (AAAA-MM-JJ)

Décrire les effets bénéfiques attendus et mesurables visés par l'utilisation de ce médicament :

## 10. AUTRES RENSEIGNEMENTS EN LIEN AVEC LA SITUATION PARTICULIÈRE DE CETTE PERSONNE

## 11. 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