

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 ? | | |
| Code postal | N° de téléphone (1) | | N° de téléphone (2) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 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

| | | | | |
|---|-----------|---|-----------------|---|
| <input type="checkbox"/> VEDOLIZUMAB Pd. Perf. I.V. | Posologie | Durée prévue du traitement | du (AAAA-MM-JJ) | au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> VEDOLIZUMAB Sol. Inj. S.C. | Posologie | | 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 | | <input type="checkbox"/> Demande de renouvellement d'une autorisation | | |
| Forme Pd. Perf. I.V. : Remplissez les sections 4-5-8-9 | | Remplissez les sections 7-8-9 | | |
| Forme Sol. Inj. S.C. : Remplissez les sections 4-6-8-9 | | | | |

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

À remplir seulement dans le cas d'un changement de médicament biologique

Nom du médicament biologique qui sera remplacé

Changement de médicament biologique en raison d'un échec thérapeutique

Changement de médicament biologique pour une autre raison. Précisez : _____

Diagnostic ou contexte clinique

Maladie de Crohn intestinale modérée ou grave chez l'adulte

Autre. Précisez : _____

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE POUR LE VEDOLIZUMAB PD. PERF. I.V.

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

| | | |
|---------------------------|--|---------------------------------|
| Corticostéroïdes | <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) |
| Nom : _____ | Précisez : _____ | |
| Immunosuppresseurs | | |
| Azathioprine | <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) |
| Posologie : _____ | Précisez : _____ | |
| 6-mercaptopurine | <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) |
| Posologie : _____ | Précisez : _____ | |
| Méthotrexate | <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) |
| Posologie : _____ | Précisez : _____ | |
| Autre | <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 : _____ | Précisez : _____ | |

6. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE POUR LE VEDOLIZUMAB SOL. INJ. S.C.

La personne a reçu ou recevra au préalable au moins deux doses de vedolizumab Pd. Perf. I.V.¹ comme traitement d'induction pour la maladie de Crohn. Oui Non

¹ La section 5 du présent formulaire doit être remplie si le vedolizumab Pd. Perf. I.V. n'a jamais fait l'objet d'une autorisation auprès de MÉDIC Construction pour la maladie de Crohn.

7. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

| | |
|--|---------------------------------|
| Début du traitement du médicament demandé (AAAA-MM-JJ) | Dernière injection (AAAA-MM-JJ) |
| Effets bénéfiques obtenus | |

8. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

| |
|--|
| |
|--|

9. 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