

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		Forme pharmaceutique		Teneur	Posologie	
Nom du médicament		Forme pharmaceutique		Teneur	Posologie	
Nom du médicament		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).	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Indication thérapeutique (Cochez UNIQUEMENT la ou les situations qui correspondent à l'état de santé de la personne concernée.)

Alimentation **entérale**

Permanente

Temporaire

Comme supplément alimentaire chez une personne atteinte de **fibrose kystique**

Comme supplément alimentaire chez un **ENFANT** souffrant de

Malnutrition. Précisez la cause : _____

Malabsorption. Précisez la cause : _____

Retard staturo-pondéral. Précisez la cause et l'importance du retard staturo-pondéral : _____

Comme **alimentation orale totale** en raison de

Dysphagie. Précisez la cause : _____

Dysfonction oesophagienne. Précisez la cause : _____

Maldigestion. Précisez la cause : _____

Malabsorption. Précisez la cause : _____

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (SUITE)

Évaluation diététique

Pourcentage de l'apport calorique quotidien comblé par la prise de formules nutritives (%)

Réintroduction des aliments ordinaires

- Prévus le (AAAA-MM-JJ) _____ Date indéterminée
- Impossible. Précisez : _____

Ingestion possible d'aliments semi-solides ayant la même valeur nutritive qu'un contenant de supplément nutritif :

- Oui
- Non. Indiquez les raisons qui empêchent toute ingestion d'aliments semi-solides : _____

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