

DENOSUMAB (XGEVA^{MC}) - PRÉVENTION DES ÉVÉNEMENTS OSSEUX LORS D'UN CANCER DE LA PROSTATE OU DU SEIN PRÉSENTANT AU MOINS UNE MÉTASTASE OSSEUSE

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 Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande.			
Code postal	N° de téléphone (1)		N° de téléphone (2)					

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 DENOSUMAB		Forme pharmaceutique SOL. INJ.		Teneur 120MG/1,7ML		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).	
Diagnostic <input type="checkbox"/> Cancer de la prostate Remplissez les sections 4-6-7		<input type="checkbox"/> Cancer du sein Remplissez les sections 5-6-7		<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ Remplissez les sections 6-7			

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - CANCER DE LA PROSTATE

Diagnostic ou contexte clinique	
<input type="checkbox"/> Prévention des événements osseux chez une personne atteinte d'un cancer de la prostate résistant à la castration et présentant au moins une métastase osseuse :	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - CANCER DU SEIN

Diagnostic ou contexte clinique	
<input type="checkbox"/> Prévention des événements osseux chez une personne atteinte d'un cancer du sein et présentant au moins une métastase osseuse .	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)	
Pamidronate	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
Zolédronique (acide)	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre 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