

**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 <b>OMALIZUMAB</b>		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 4-7-8		<input type="checkbox"/> Demande de poursuite du traitement Remplissez les sections 5-7-8		<input type="checkbox"/> Demande subséquente lors d'une rechute après l'arrêt du traitement Remplissez les sections 6-7-8			

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Indication thérapeutique		
<input type="checkbox"/> Pour la personne souffrant d'urticaire chronique idiopathique (UCI) modérée ou grave		Score selon l'échelle Urticaria Activity Score 7 (UAS7)
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
Résumé des essais antérieurs		
Antihistaminiques	Résultats	Période d'essai (S'il y a lieu)
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Posologie (dose optimisée) : _____	Précisez : _____	
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Posologie (dose optimisée) : _____	Précisez : _____	
Autre agent	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Nom : _____	Précisez : _____	
Autre agent	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Nom : _____	Précisez : _____	
Posologie : _____		

## 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

<input type="checkbox"/> <b>Réponse complète d'une durée inférieure à 12 semaines</b> La réponse complète correspond à l'atteinte d'un score UAS7 inférieur ou égal à 6	<input type="checkbox"/> <b>Réponse partielle</b> La réponse partielle correspond à une réduction d'au moins 9,5 points du score UAS7 par rapport à celui de départ sans atteindre une valeur inférieure ou égale à 6.		
<b>Scores UAS7 qui permettent de fournir la preuve de la réponse observée</b>		<b>Scores UAS7 qui permettent de fournir la preuve de la réponse observée</b>	
Score UAS7 (valeur de départ)	Date (AAAA-MM-JJ)	Score UAS7 (valeur de départ)	Date (AAAA-MM-JJ)
Score UAS7 (en cours de traitement)	Date (AAAA-MM-JJ)	Score UAS7 (valeur la plus récente)	Date (AAAA-MM-JJ)
Score UAS7 (en cours de traitement)	Date (AAAA-MM-JJ)	Tout autre score UAS7 pertinent pour objectiver la réponse	Date (AAAA-MM-JJ)
Score UAS7 (valeur la plus récente)	Date (AAAA-MM-JJ)		
Tout autre score UAS7 pertinent pour objectiver la réponse	Date (AAAA-MM-JJ)		

## 6. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE SUBSÉQUENTE LORS D'UNE RECHUTE APRÈS L'ARRÊT DU TRAITEMENT

Traitement précédent		
Date de la dernière injection (AAAA-MM-JJ)		
Réponse		
<input type="checkbox"/> Complète	Score UAS7 obtenu	Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
Score UAS7 actuel démontrant une rechute*		Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)

\* La rechute est définie par l'atteinte d'un score UAS7 égal ou supérieur à 16.

## 7. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

--

## 8. 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