

NINTEDANIB (ÉSILATE DE) (OFEV^{MC}) - MALADIES PULMONAIRES INTERSTITIELLES FIBROSANTES CHRONIQUES À PHÉNOTYPE PROGRESSIF, AUTRES QUE LA FIBROSE PULMONAIRE IDIOPATHIQUE, CHEZ L'ADULTE

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 NINTEDANIB (ÉSILATE DE)		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 4-6-7) <input type="checkbox"/> Demande de renouvellement d'une autorisation (Remplissez les sections 5-6-7)							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic ou contexte clinique	
<input type="checkbox"/> Traitement d'une maladie pulmonaire interstitielle fibrosante chronique à phénotype progressif, autre que la fibrose pulmonaire idiopathique, chez l'adulte	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Fibrose pulmonaire confirmée par	
<input type="checkbox"/> Tomodensitométrie à haute résolution	
<input type="checkbox"/> Biopsie	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Tests de la fonction respiratoire	
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)	
Capacité vitale forcée	CVF : _____ % de la valeur prédite
Capacité de diffusion du monoxyde de carbone	DLCO _{corr} : _____ % de la valeur prédite corrigée pour l'hémoglobine
Ratio du volume expiratoire maximum en une seconde (VEMS) sur la CVF	$\frac{\text{VEMS}}{\text{CVF}} =$ _____

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE (SUITE)

Progression de la maladie définie par au moins un des événements suivants survenus dans les 24 derniers mois

- Une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, d'**au moins 10 %** en valeur relative;
- Une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de **5 % à moins de 10 %** en valeur relative et une **aggravation des symptômes pulmonaires**;
- Une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de **5 % à moins de 10 %** en valeur relative et une **augmentation de l'étendue de la fibrose confirmée par tomодensitométrie**;
- Une aggravation des symptômes pulmonaires et une augmentation de l'étendue de la fibrose pulmonaire confirmée par tomодensitométrie;
- Autre. Précisez : _____

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE DE RENOUELEMENT D'UNE AUTORISATION

Diminution en valeur absolue de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, dans les 12 derniers mois	Test de la fonction respiratoire il y a 12 mois	Test de la fonction respiratoire le plus récent
<input type="checkbox"/> Diminution < 10 % <input type="checkbox"/> Diminution ≥ 10 %	Date (AAAA-MM-JJ)	Date (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Autre _____	CVF : _____ % de la valeur prédite	CVF : _____ % de la valeur prédite

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