

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

<input type="checkbox"/> ABIRATÉRONE <input type="checkbox"/> ENZALUTAMIDE		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 poursuite du traitement (Remplissez les sections 5-6-7)							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Cancer de la prostate métastatique résistant à la castration malgré un traitement de privation androgénique	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Administration de l'abiratérone	
<input type="checkbox"/> En association avec la prednisone	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Administration de l'enzalutamide	
<input type="checkbox"/> En monothérapie	
<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____	
Valeur ACTUELLE du statut de performance	
ECOG <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE (SUITE)

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

<input type="checkbox"/> Abiratérone	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Apalutamide	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Darolutamide	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Docetaxel	<input type="checkbox"/> Non indiqué. Patient asymptomatique ou légèrement symptomatique. <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Enzalutamide	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Autre Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Administration de l'abiratérone	Administration de l'enzalutamide
<input type="checkbox"/> En association avec la prednisone	<input type="checkbox"/> En monothérapie
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____
Effet clinique bénéfique observé	
Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ)	
<input type="checkbox"/> Absence de progression de la maladie	
<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