

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 ? | | |
| Code postal | N° de téléphone (1) | | N° de téléphone (2) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 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 GUANFACINE | | 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 - DEMANDE INITIALE

| | | | |
|--|--|--|--|
| Diagnostic | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | | | |
| Administration de la guanfacine | | | |
| <input type="checkbox"/> En association avec un psychostimulant. Lequel : _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____ | | | |
| Résumé des essais antérieurs | | | |
| Méthylphénidate | | <input type="checkbox"/> Efficacité sous-optimale <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom : _____ | | Précisez : _____ | |
| Posologie : _____ | | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) | |
| Amphétamine | | <input type="checkbox"/> Efficacité sous-optimale <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom : _____ | | Précisez : _____ | |
| Posologie : _____ | | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) | |
| Autre | | <input type="checkbox"/> Efficacité sous-optimale <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom : _____ | | Précisez : _____ | |
| Posologie : _____ | | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) | |

5. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

6. 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