

**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>ONABOTULINUMTOXINA</b>		Forme pharmaceutique		Teneur		Posologie	
Durée prévue du traitement		du (AAAA-MM-JJ)		au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée		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"/> Hyperhidrose axillaire grave chez l'adulte			
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____			
Information sur la gravité de l'hyperhidrose			
<input type="checkbox"/> Atteintes importantes sur les plans fonctionnel et psychosocial		Décrivez les atteintes observées	
<input type="checkbox"/> Aucune atteinte importante (ou atteinte légère à modérée) sur les plans fonctionnel et psychosocial			
Résumé de l'essai antérieur avec une préparation de chlorure d'aluminium			
Chlorure d'aluminium Teneur de la préparation essayée : _____ %		<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

Renseignements requis afin de documenter l'évidence d'un bénéfice thérapeutique

### Diminution de la sudation

<input type="checkbox"/> Oui	Décrivez les effets bénéfiques observés
<input type="checkbox"/> Non	Bénéfices escomptés avec la poursuite du traitement

### Amélioration des atteintes sur les plans fonctionnel ET psychosocial

<input type="checkbox"/> Oui	Décrivez les effets bénéfiques observés
<input type="checkbox"/> Non	Bénéfices escomptés avec la poursuite du traitement

## 6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

--

## 7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

<hr/>	<hr/>
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