

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	
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

<input type="checkbox"/> ÉTANERCEPT Pd. Inj. S.C. 25 mg				<input type="checkbox"/> USTEKINUMAB			
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		<input type="checkbox"/> Demande de changement de traitement		<input type="checkbox"/> Demande de renouvellement d'une autorisation	
		Remplissez les sections 4-6-7		Remplissez les sections 4-6-7		Remplissez les sections 5-6-7	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE OU CHANGEMENT DE TRAITEMENT

À remplir seulement dans le cas d'un changement de médicament biologique

Nom du médicament biologique qui sera remplacé		<input type="checkbox"/> Changement de médicament biologique en raison d'un échec thérapeutique	
		<input type="checkbox"/> Changement de médicament biologique pour une autre raison. Précisez : _____	
Diagnostic ou contexte clinique			
<input type="checkbox"/> Psoriasis en plaques chronique grave			
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____			
Évaluation immédiatement avant le début du traitement			
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)		Poids (kg)	
		DLQI	
Fournissez au moins UN des renseignements suivants			
<input type="checkbox"/> PASI : _____			
<input type="checkbox"/> Présence de plaques importantes sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale.			
Précisez l'endroit : _____			

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – OU CHANGEMENT DE TRAITEMENT (SUITE)

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

Photothérapie Nombre de séances suivies : _____	<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)
Méthotrexate Posologie : _____	<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)
Cyclosporine Posologie : _____	<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)
Acitrétine Posologie : _____	<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 - DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

Renseignements nécessaires pour évaluer, après quatre mois et plus, la réponse au traitement sur les points évalués initialement

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale	Évaluation subséquente la plus récente
Date de l'évaluation	Date (AAAA-MM-JJ)	Date (AAAA-MM-JJ)
PASI		
DLQI		
Poids (kg)	kg	kg
S'il y a lieu, amélioration significative des lésions sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale	Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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