

**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>NATALIZUMAB</b>		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

Indication thérapeutique		
<input type="checkbox"/> Sclérose en plaques (SEP) <input type="checkbox"/> Forme rémittente <input type="checkbox"/> Forme progressive secondaire <input type="checkbox"/> Première poussée clinique aiguë de démyélinisation <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
EDSS AVANT le début du traitement avec le <b>natalizumab</b>		Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)
Le natalizumab sera administré en <b>monothérapie</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Évolution de la maladie au cours de la <u>dernière année</u>		
<input type="checkbox"/> Survenue de <b>deux poussées invalidantes<sup>1</sup></b> ou plus avec récupération <b>incomplète</b> <input type="checkbox"/> Survenue de <b>deux poussées invalidantes ou plus</b> avec récupération <b>complète ET</b> <input type="checkbox"/> Présence d'au moins une lésion rehaussée par le gadolinium à la résonance magnétique (IRM) OU <input type="checkbox"/> Augmentation de 2 lésions hyperintenses en T2 ou plus par rapport à une IRM antérieure. <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		

## 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Renseignements requis pour évaluer la réponse au traitement

Sclérose en plaques

- Forme rémittente
- Forme progressive secondaire
- Première poussée aiguë de démyélinisation

EDSS AVANT le début du traitement avec le **natalizumab**

Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)

EDSS ACTUEL

Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)

Réduction de la fréquence annuelle des poussées invalidantes<sup>1</sup> au cours de la dernière année

- Oui
- Non

<sup>1</sup> On entend par poussée invalidante une poussée durant laquelle un examen neurologique confirme une névrite optique, un syndrome de la fosse postérieure (tronc cérébral et cervelet) ou des symptômes révélant une atteinte de la moelle épinière (myélite).

## 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](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