

**AMBRISANTAN (VOLIBRI<sup>MC</sup>), BOSENTAN (TRACLEER<sup>MC</sup>), EPOPROSTENOL (FLOLAN<sup>MC</sup>, CARIPUL<sup>MC</sup>), MACITENTAN (OPSUMIT<sup>MC</sup>), SELEXIPAG (UPTRAVI<sup>MC</sup>), SILDENAFIL (REVATIO<sup>MC</sup>), TADALAFIL (ADCIRCA<sup>MC</sup>) OU TREPROSTINIL (REMODULIN<sup>MC</sup>) - HYPERTENSION ARTÉRIELLE PULMONAIRE (HTAP)**

**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"/> AMBRISANTAN <input type="checkbox"/> BOSENTAN <input type="checkbox"/> EPOPROSTENOL <input type="checkbox"/> MACITENTAN <input type="checkbox"/> SELEXIPAG <input type="checkbox"/> SILDENAFIL <input type="checkbox"/> TADALAFIL <input type="checkbox"/> TREPROSTINIL							
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

Cause de l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP)	
<input type="checkbox"/> Idiopathique <input type="checkbox"/> Associée ou secondaire à une connectivite <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Classe fonctionnelle selon l'OMS	
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
Présence de symptômes malgré l'essai d'un traitement conventionnel optimal	
<input type="checkbox"/> Oui	Nom du ou des médicaments essayés
<input type="checkbox"/> Non	Précisez

## 5. ÉVALUATION ET SUIVI MÉDICAL

Par un médecin œuvrant dans un centre désigné, spécialisé dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire

Nom du centre hospitalier désigné

CHU Sainte-Justine (Hôpital Sainte-Justine)

Hôpital général juif

Institut de cardiologie de Montréal

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval)

Par un médecin œuvrant dans un autre centre. 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](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