

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 MÉMANTINE		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

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer	
<input type="checkbox"/> Démence mixte	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Administration de la mémantine	
<input type="checkbox"/> En monothérapie	
<input type="checkbox"/> En association avec un inhibiteur de la cholinestérase pendant un mois au maximum	
<input type="checkbox"/> En association avec un inhibiteur de la cholinestérase pendant plus d'un mois	
Résultat du Folstein	
<input type="checkbox"/> MMSE actuel _____	Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> MMSE non disponible ou impossible à faire	Stade actuel de la maladie <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE OU CHANGEMENT DE TRAITEMENT (SUITE)

Degré d'atteinte dans cinq domaines				
DOMAINES	INTACT	LÉGER	MODÉRÉ	SÉVÈRE
Fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVD et AVQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Évaluation de la réponse au traitement au niveau des cinq domaines			
DOMAINES	AMÉLIORATION	STABILISATION	DÉTÉRIORATION
Fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVD et AVQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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