

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		
Code postal	N° de téléphone (1)	N° de téléphone (2)		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 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"/> LUCENTIS^{MC} <input type="checkbox"/> DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 13 décembre 2023 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____			Forme pharmaceutique		
* La personne admissible doit avoir reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux			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 - POURSUITE DU TRAITEMENT

Raison empêchant la transition vers la version biosimilaire

Femme enceinte : Date prévue de l'accouchement (AAAA-MM-JJ) _____

Personne âgée de moins de 18 ans

Personne monoculaire

Personne qui a eu un échec thérapeutique avec au moins 2 autres médicaments biologiques utilisés pour traiter la même condition médicale. Nom de ces médicaments : _____
 Veuillez décrire les échecs thérapeutiques observés et joindre la documentation pertinente : _____

Autre raison. Précisez : _____

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Indication thérapeutique

Déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique (OMD)

Autre. Précisez : _____

Renseignements nécessaires pour évaluer, après trois mois et plus, la réponse au traitement. Inscrive les résultats des 2 examens suivants :

Œil gauche	Œil droit
Acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen Date (AAAA-MM-JJ) : _____ <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration	Acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen Date (AAAA-MM-JJ) : _____ <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration
Œdème maculaire évalué par une tomographie de cohérence optique Date (AAAA-MM-JJ) : _____ <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration	Œdème maculaire évalué par une tomographie de cohérence optique Date (AAAA-MM-JJ) : _____ <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration

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