

**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 ?		
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

Nom du médicament <b>IVACAF TOR</b>		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 (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

Diagnostic ou contexte clinique		
<input type="checkbox"/> Fibrose kystique		
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
Mutation du gène codant pour la protéine CFTR		
<input type="checkbox"/> Présence de la mutation <b>G551D</b>		
<input type="checkbox"/> Autre mutation. Précisez : _____		
Évaluation de la fonction respiratoire		
<b>Renseignements relatifs à l'évaluation</b>		
<b>Évaluation initiale</b>		
Date de l'évaluation		Date (AAAA-MM-JJ)
Volume expiratoire maximal par seconde		VEMS prétraitement
La fonction pulmonaire est altérée au point de nuire gravement aux activités de la vie quotidienne		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____
La meilleure valeur du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) s'est détériorée par rapport à celle des deux années précédentes		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____

## 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation la plus récente
Date de l'évaluation	Date (AAAA-MM-JJ)
Amélioration ou stabilisation du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VEMS actuel
Répercussions positives sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou diminution des exacerbations (surinfections) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, 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