

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"/> TÉRIPARATIDE – OSNUVO ^{MC} <input type="checkbox"/> TÉRIPARATIDE – TEVA-TERIPARATIDE ^{MC} | | | | | |
| 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

| | | | |
|--|--|-------------------|---------------------------------|
| Diagnostic ou contexte clinique | | | |
| <input type="checkbox"/> Ostéoporose chez la femme ménopausée qui présente une réponse inadéquate à une thérapie antirésorptive | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | | | |
| Résultat de la plus récente ostéodensitométrie | | | |
| Valeur du score T actuel | | Date (AAAA-MM-JJ) | |
| Mesuré <input type="checkbox"/> à la hanche <input type="checkbox"/> au col fémoral <input type="checkbox"/> au rachis lombaire <input type="checkbox"/> autre. Précisez : _____ | | | |
| Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments) | | | |
| Romozosumab | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre | | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) |
| Posologie : _____ | Précisez : _____ | | |

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (SUITE)

Résumé de la thérapie antirésorptive. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

| | |
|---|---|
| Nom : _____ du : _____ au : _____ | <input type="checkbox"/> Réponse inadéquate |
| Nom : _____ du : _____ au : _____ | <input type="checkbox"/> Nouvelle fracture de fragilisation malgré la prise continue \geq 12 mois Localisation : _____ Date (AAAA-MM-JJ) _____ |
| Nom : _____ du : _____ au : _____ | <input type="checkbox"/> Diminution significative de la densité minérale osseuse malgré la prise continue \geq 24 mois Antécédent de fracture ostéoporotique. Localisation : _____ Date (AAAA-MM-JJ) _____ Valeur de la DMO prétraitement : _____ Date (AAAA-MM-JJ) _____ Valeur de la DMO en cours de traitement : _____ Date (AAAA-MM-JJ) _____ |
| Nom : _____ du : _____ au : _____ | <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |

5. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

6. 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