

**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 <b>FIDAXOMICINE</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).	

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Indication thérapeutique	
<input type="checkbox"/> TRAITEMENT d'une infection à Clostridium difficile	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Facteurs de risque de récurrence	
<input type="checkbox"/> Âge ≥ 65 ans	
<input type="checkbox"/> Immunosuppression grave	
<input type="checkbox"/> Autre raison. Précisez : _____	
Renseignements relatifs au traitement	
Le traitement avec la <b>fidaxomicine</b> est-il débuté? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, date de début du traitement (AAAA-MM-JJ) _____	
Un traitement avec la <b>vancomycine</b> est-il possible?	
<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Allergie à la vancomycine	
<input type="checkbox"/> Autre raison. Précisez : _____	
Renseignements relatifs à une récurrence d'infection	
Réapparition de symptômes nécessitant un traitement dans les 12 semaines suivant la guérison clinique de l'infection initiale	
<input type="checkbox"/> Oui Date de l'infection initiale (AAA-MM-JJ) _____	
<input type="checkbox"/> Non Autre raison. 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](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