

**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

**ADALIMUMAB – HUMIRA<sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. 50 mg/ml (0,8ml)**

DÉBUTÉ et un remboursement reçu\* AVANT LE 3 MARS 2021

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

\* La personne admissible doit avoir reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux

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 – POURSUITE DU TRAITEMENT

Diagnostic ou contexte clinique

Colite ulcéreuse modérée ou grave **active**

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

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 qui a eu un échec thérapeutique avec au moins 2 autres médicaments biologiques utilisés pour traiter la même condition médicale. Nom de ces médicaments : \_\_\_\_\_

Autre raison. Précisez : \_\_\_\_\_

#### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT (SUITE)

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement sur les points évalués initialement

Date d'évaluation	Évaluation initiale (AAAA-MM-JJ)	Évaluation subséquente (AAAA-MM-JJ)
Score Mayo		
Score Mayo partiel <sup>1</sup>		
Sous-score de rectorragie (du score Mayo)		

<sup>1</sup> Score Mayo duquel est soustrait le sous-score endoscopique.

#### 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