

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

<input type="checkbox"/> SOVALDI ^{MC}	<input type="checkbox"/> IBAVYR ^{MC}	<input type="checkbox"/> PEGASYS ^{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	
<input type="checkbox"/> Hépatite C chronique	
Génotype : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Administration du traitement	
<input type="checkbox"/> Association sofosbuvir et ribavirine	
<input type="checkbox"/> Association sofosbuvir avec ribavirine et interféron-α pégylé	
<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____	
Présence d'une cirrhose	
<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Non	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (SUITE)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

Traitements contre le VHC	Résultats ou raison de la non-utilisation	Période d'essai (S'il y a lieu)
<input type="checkbox"/> N'a jamais reçu de traitement contre le VHC		
<input type="checkbox"/> Interféron- α pégylé <input type="checkbox"/> RBV <input type="checkbox"/> Autre. Précisez :	<input type="checkbox"/> Échec thérapeutique <input type="checkbox"/> Intolérance. Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
	<input type="checkbox"/> Contre-indication. Précisez : _____ <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