

**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>ACIDE OBÉTICHOIQUE</b>		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).	
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 OU CHANGEMENT DU TRAITEMENT

Diagnostic							
<input type="checkbox"/> Cholangite biliaire primitive chez l'adulte							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Administration de l'acide obéticholique							
<input type="checkbox"/> En association avec l'ursodiol							
<input type="checkbox"/> En monothérapie							
<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____							
Résumé de l'essai antérieur							
Ursodiol		<input type="checkbox"/> Réponse insatisfaisante <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre				du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)	
Précisez : _____							
Résultats d'analyses de laboratoire AVANT le début du traitement avec l'acide obéticholique							
<input type="checkbox"/> Taux de phosphatase alcaline (PAL) d'au moins 1,67 fois la limite supérieure de la normale. PAL : _____ U/L							
<input type="checkbox"/> Taux de bilirubine totale excédant la limite supérieure de la normale, mais inférieur à 2 fois cette dernière. Bilirubine totale : _____ µmol/L							

## 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale	Évaluation subséquente la plus récente
Date du bilan	Date (AAAA-MM-JJ)	Date (AAAA-MM-JJ)
Taux de phosphatase alcaline (PAL)	PAL (U/L)	PAL (U/L)
Taux de bilirubine totale	Bilirubine totale ( $\mu\text{mol/L}$ )	Bilirubine totale ( $\mu\text{mol/L}$ )

## 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