

FORMULE NUTRITIVE - ÉMULSION LIPIDIQUE (NOURRISSONS ET ENFANTS) (MICROLIPID^{MC}) - POUR AUGMENTER L'APPORT CALORIQUE DANS CERTAINES CONDITIONS

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 MICROLIPID^{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 - DEMANDE INITIALE OU CHANGEMENT DU TRAITEMENT

Indication thérapeutique			
<input type="checkbox"/> Augmenter la teneur calorique de l'alimentation ou des autres formules nutritives chez les enfants âgés de moins de 4 ans			
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____			
Pathologie associée			
<input type="checkbox"/> Maladie cardiaque			
<input type="checkbox"/> Maladie métabolique. Précisez : _____			
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____			
Résumé des essais antérieurs avec des formules nutritives			
Formules nutritives de glucose polymérisé		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre	
Précisez : _____		du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)	

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