

**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 Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande.		
Code postal	N° de téléphone (1)		N° de téléphone (2)				

### 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>ECULIZUMAB</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 renouvellement d'une autorisation (Remplissez les sections 5-6-7)							

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic ou contexte clinique	
<input type="checkbox"/> Hémoglobinurie paroxystique nocturne symptomatique	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Hémolyse corroborée par une concentration sérique élevée de lactate déshydrogénase	
<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Non	
État de santé de la personne	
Sélectionnez le ou les éléments correspondants :	
<input type="checkbox"/> Un événement thromboembolique traité avec un anticoagulant;	
<input type="checkbox"/> Administration d'au moins 4 transfusions de globules rouges au cours des derniers 12 mois;	
<input type="checkbox"/> Une anémie définie par une concentration sérique d'hémoglobine mesurée à au moins 2 reprises, inférieure à 100 g/L et accompagnée de symptômes d'anémie ou inférieure ou égale à 70 g/L;	
<input type="checkbox"/> Une insuffisance pulmonaire définie par la présence d'une dyspnée invalidante, de douleurs thoraciques limitant les activités de la vie quotidienne ou d'hypertension artérielle pulmonaire;	
<input type="checkbox"/> Une insuffisance rénale définie par une clairance de la créatinine inférieure ou égale à 60 mL/min;	
<input type="checkbox"/> Des spasmes musculaires qui entraînent de la douleur dont l'intensité est telle qu'une hospitalisation ou un traitement analgésique avec des opiacés est requis.	

## 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

Effet clinique bénéfique observé

Diminution de l'hémolyse corroborée par une réduction significative de la concentration sérique de lactate déshydrogénase par rapport à la concentration sérique avant le début du traitement

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

## 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