

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 THALIDOMIDE		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 changement de traitement Remplissez les sections 4-6-7		<input type="checkbox"/> Demande de poursuite de traitement Remplissez les sections 5-6-7			

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE OU CHANGEMENT DE TRAITEMENT

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Traitement du myélome multiple	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Indication thérapeutique	
<input type="checkbox"/> Traitement de PREMIÈRE intention	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez les traitements reçus : _____	
Administration de la thalidomide	
Melphalan	<input type="checkbox"/> En association <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
Prednisone	<input type="checkbox"/> En association <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
Bortézomib	<input type="checkbox"/> En association <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
Greffe de cellules souches	
<input type="checkbox"/> La personne concernée est candidate à la greffe de cellules souches	
<input type="checkbox"/> La personne concernée n'est pas candidate à la greffe de cellules souches	

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Administration de la thalidomide

Melphalan	<input type="checkbox"/> En association <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre
	Précisez : _____

Prednisone	<input type="checkbox"/> En association <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre
	Précisez : _____

Bortézomib	<input type="checkbox"/> En association <input type="checkbox"/> Autre
	Précisez : _____

Démonstration de l'effet clinique bénéfique

<input type="checkbox"/> Absence de progression de la maladie définie par les critères de l'International Myeloma Working Group
<input type="checkbox"/> 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 (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