

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 ALITRÉTINOÏNE		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 pour un premier traitement avec l'alitrétinoïne Remplissez les sections 4-6-7		<input type="checkbox"/> Demande pour un traitement subséquent lors de RÉCIDIVE Remplissez les sections 5-6-7					

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE POUR UN PREMIER TRAITEMENT

Diagnostic			
<input type="checkbox"/> Eczéma chronique des MAINS			
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____			
Degré d'atteinte			
<input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Légère			
Cause de l'eczéma			
Un allergène a été identifié comme étant la cause de l'eczéma			
<input type="checkbox"/> Oui			
<input type="checkbox"/> Le contact avec l'allergène a été éliminé <input type="checkbox"/> L'allergène est toujours présent			
<input type="checkbox"/> Non			
Résumé des essais antérieurs avec un corticostéroïde topique			Période d'essai
Corticostéroïde topique		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	Nbre de semaines consécutives (sem.)
Nom : _____		Précisez : _____	
Corticostéroïde topique		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	Nbre de semaines consécutives (sem.)
Nom : _____		Précisez : _____	
Corticostéroïde topique		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	Nbre de semaines consécutives (sem.)
Nom : _____		Précisez : _____	
Corticostéroïde topique		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	Nbre de semaines consécutives (sem.)
Nom : _____		Précisez : _____	
Corticostéroïde topique		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	Nbre de semaines consécutives (sem.)
Nom : _____		Précisez : _____	
Corticostéroïde topique		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	Nbre de semaines consécutives (sem.)
Nom : _____		Précisez : _____	
Corticostéroïde topique		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	Nbre de semaines consécutives (sem.)
Nom : _____		Précisez : _____	
Corticostéroïde topique		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	Nbre de semaines consécutives (sem.)
Nom : _____		Précisez : _____	
Corticostéroïde topique		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	Nbre de semaines consécutives (sem.)
Nom : _____		Précisez : _____	
Corticostéroïde topique		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	Nbre de semaines consécutives (sem.)
Nom : _____		Précisez : _____	

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE POUR UN TRAITEMENT SUBSÉQUENT LORS DE RÉCIDIVE

Diagnostic

Eczéma chronique des MAINS

Autre. Précisez : _____

Degré d'atteinte au moment de la RÉCIDIVE

Grave Modérée Légère

Cause de l'eczéma

Un allergène a été identifié comme étant la cause de l'eczéma

Oui

Le contact avec l'allergène a été éliminé L'allergène est toujours présent

Non

Résumé des traitements antérieurs. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

Résumé des traitements antérieurs. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)		Période d'essai
<input type="checkbox"/> Alitrétinoïne	Résultat du traitement précédent : <input type="checkbox"/> Disparition complète ou quasi complète des symptômes <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Corticostéroïde topique Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	Nbre de semaines consécutives (sem.) du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Corticostéroïde topique Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	Nbre de semaines consécutives (sem.) du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)

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