

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 ELTROMBOPAG		Forme pharmaceutique		Teneur		Posologie	
Durée prévue du traitement		du (AAAA-MM-JJ)		au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée		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

Diagnostic		
<input type="checkbox"/> Thrombopénie immune		
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
Thérapies antérieures ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)		
	Raison de l'arrêt ou de la non-utilisation	Période d'essai (S'il y a lieu)
Corticothérapie	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
	Précisez : _____	
Immunoglobulines intraveineuses	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
	Précisez : _____	
Formule sanguine (avant l'instauration du traitement avec les immunoglobulines intraveineuses, s'il y a lieu)		
Numération plaquettaire :		
<input type="checkbox"/> $\leq 30 \times 10^9/l$		
<input type="checkbox"/> Entre $30 \times 10^9/l$ et $50 \times 10^9/l$ ainsi que des saignements ou un risque augmenté de saignements documenté		
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Réponse au traitement

Numération plaquettaire (x 10⁹/l)

Date (JJ-MM-AAAA)

Effet clinique bénéfique observé

Augmentation cliniquement significative de la minération plaquettaire

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