

**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 ?<br><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

|  |  |  |   |   |  |   |  |
|--|--|--|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADALIMUMAB - ABRILADA <sup>MC</sup> |  | <input type="checkbox"/> ADALIMUMAB - AMGEVITA <sup>MC</sup> |   | <input type="checkbox"/> ADALIMUMAB - HULIO <sup>MC</sup> |  | <input type="checkbox"/> ADALIMUMAB - HYRIMOZ <sup>MC</sup> |  |
| <input type="checkbox"/> ADALIMUMAB - SIMLANDI <sup>MC</sup> |  |  |   |   |  |   |  |
| 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<br>Remplissez les sections 4-6-7 |  | <input type="checkbox"/> Demande de changement de traitement<br>Remplissez les sections 4-6-7 |   | <input type="checkbox"/> Demande de renouvellement d'une autorisation<br>Remplissez les sections 5-6-7 |   |  |

## 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE OU CHANGEMENT DE TRAITEMENT

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Diagnostic ou contexte clinique                  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Uvéite non infectieuse  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |  |  |  |
| Résumé des essais antérieurs                     |  |  |  |
| Corticostéroïdes                                 |  | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre |  |
| Nom : _____                                      |  | Précisez : _____   |  |
| Posologie : _____                                |  |  |  |
| Immunosuppresseurs                               |  | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre |  |
| Nom : _____                                      |  | Précisez : _____   |  |
| Posologie : _____                                |  |  |  |
|  |  | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)  |  |
|  |  | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)  |  |

## 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE DE RENOUELEMENT D'UNE AUTORISATION

Début du traitement du médicament demandé (AAAA-MM-JJ)

Dernière injection (AAAA-MM-JJ)

Effets bénéfiques obtenus

## 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