

**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

|   |  |                               |  |  |  |   |  |
|---|--|-------------------------------|--|--|--|---|--|
| Nom du médicament<br><b>FARICIMAB</b>                     |  | 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 (après administration des trois premières doses) |  | Remplissez les sections 5-6-7   |  |

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Indication thérapeutique   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) en présence de néovascularisation choroïdienne |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____   |  |  |  |
| Œil gauche   |  | Œil droit  |  |
| Administration du faricimab  |  | Administration du faricimab                        |  |
| <input type="checkbox"/> En monothérapie   |  | <input type="checkbox"/> En monothérapie           |  |
| <input type="checkbox"/> En association avec :   |  | <input type="checkbox"/> En association avec :     |  |
| <input type="checkbox"/> Aflibercept   |  | <input type="checkbox"/> Aflibercept               |  |
| <input type="checkbox"/> Ranibizumab   |  | <input type="checkbox"/> Ranibizumab               |  |
| <input type="checkbox"/> Vertéporfine  |  | <input type="checkbox"/> Vertéporfine              |  |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____   |  | <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____   |  |
| Dimension linéaire de la lésion  |  | Dimension linéaire de la lésion                    |  |
| <input type="checkbox"/> ≤ à 12 surfaces de disque   |  | <input type="checkbox"/> ≤ à 12 surfaces de disque |  |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____   |  | <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____   |  |

#### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE (SUITE)

| Œil gauche   | Œil droit  |
|--|--|
| <b>État du centre de la macula</b><br><input type="checkbox"/> Absence d'atteinte structurelle permanente significative*<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____   | <b>État du centre de la macula</b><br><input type="checkbox"/> Absence d'atteinte structurelle permanente significative*<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____   |
| <b>Évolution de la maladie des trois derniers mois confirmée par</b><br><input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne<br><input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique<br><input type="checkbox"/> Changements récents de l'acuité visuelle<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | <b>Évolution de la maladie des trois derniers mois confirmée par</b><br><input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne<br><input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique<br><input type="checkbox"/> Changements récents de l'acuité visuelle<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |

\* L'atteinte est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique, dont l'importance empêche l'obtention d'un bénéfice fonctionnel selon le médecin traitant.

#### 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

| Indication thérapeutique  |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) en présence de néovascularisation choroïdienne<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____  |   |
| Renseignements nécessaires pour évaluer, après trois mois et plus, la réponse au traitement sur les points évalués initialement   |   |
| Œil gauche  | Œil droit   |
| <b>Réponse au traitement</b><br><input type="checkbox"/> Stabilisation<br><input type="checkbox"/> Amélioration<br><input type="checkbox"/> Détérioration   | <b>Réponse au traitement</b><br><input type="checkbox"/> Stabilisation<br><input type="checkbox"/> Amélioration<br><input type="checkbox"/> Détérioration   |
| <b>Examen utilisé</b><br>Date (AAAA-MM-JJ) : _____<br><input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne<br><input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | <b>Examen utilisé</b><br>Date (AAAA-MM-JJ) : _____<br><input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne<br><input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique<br><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](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