

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

<input type="checkbox"/> RANOPTO ^{MC}	<input type="checkbox"/> BYOOVIZ ^{MC}	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 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"/> Déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne consécutive à une myopie pathologique	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Œil gauche	Œil droit
Administration de ranibizumab <input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> En association avec : <input type="checkbox"/> Vertéporfine <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Administration de ranibizumab <input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> En association avec : <input type="checkbox"/> Vertéporfine <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Mesure de la myopie Mesure de la myopie en dioptries : _____	Mesure de la myopie Mesure de la myopie en dioptries : _____
Acuité visuelle optimale après correction <input type="checkbox"/> Entre 6/9 et 6/96 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Acuité visuelle optimale après correction <input type="checkbox"/> Entre 6/9 et 6/96 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE (SUITE)

Œil gauche	Œil droit
Présence ou absence de liquide¹ <input type="checkbox"/> Présence <input type="checkbox"/> Absence	Présence ou absence de liquide¹ <input type="checkbox"/> Présence <input type="checkbox"/> Absence
Examen qui confirme la présence ou l'absence de liquide¹ <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Examen qui confirme la présence ou l'absence de liquide¹ <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

¹Liquide intra-rétinien ou sous-rétinien ou fuite active consécutive à une lésion de néovascularisation choroïdienne.

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Indication thérapeutique	
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne consécutive à une myopie pathologique <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
Réponse au traitement <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration	Réponse au traitement <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration
Examen utilisé Date (AAAA-MM-JJ) : _____ <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Examen utilisé Date (AAAA-MM-JJ) : _____ <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <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