

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

Nom du médicament SACUBITRIL/VALSARTAN		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).	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diagnostic							
<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque et dysfonction systolique ventriculaire gauche							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Classification de l'insuffisance cardiaque selon la New York Heart Association (NYHA)							
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV							
Fraction d'éjection du ventriculaire gauche (FEVG)							
Valeur de FEVG (%) :							
Administration du sacubitril/valsartan							
En association avec un bêta-bloquant							
<input type="checkbox"/> Oui							
<input type="checkbox"/> Non. Raison : <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (SUITE)

Résumé des essais antérieurs

Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) :	<input type="checkbox"/> Oui	Période d'essai : Date de début (AAAA-MM-JJ)	au (AAAA-MM-JJ) ou traitement toujours en cours <input type="checkbox"/>
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Non	Justifiez	
Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) :	<input type="checkbox"/> Oui	Période d'essai : Date de début (AAAA-MM-JJ)	au (AAAA-MM-JJ) ou traitement toujours en cours <input type="checkbox"/>
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Non	Justifiez	

5. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

6. 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