

BENRALIZUMAB (FASENRA^{MC}, FASENRA PEN^{MC}), MÉPOLIZUMAB (NUCALA^{MC}) - TRAITEMENT DE L'ASTHME ÉOSINOPHILIQUE GRAVE CHEZ LES ADULTES NÉCESSITANT UN CORTICOSTÉROÏDE ORAL DE FAÇON CONTINUE DEPUIS ≥ 3 MOIS

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"/> BENRALIZUMAB <input type="checkbox"/> MÉPOLIZUMAB		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 (Remplissez les sections 5-6-7)							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Indication thérapeutique	
<input type="checkbox"/> Traitement de l'asthme éosinophilique grave chez l'adulte	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Concentration sanguine d'éosinophiles	
BENRALIZUMAB	MÉPOLIZUMAB
<input type="checkbox"/> ≥ 150 cellules/microlitre (0.15 x 10 ⁹ /l) au moment d'amorcer le benralizumab	<input type="checkbox"/> ≥ 150 cellules/microlitre (0.15 x 10 ⁹ /l) au moment d'amorcer un agent ciblant l'interleukine-5 (IL-5)
<input type="checkbox"/> ≥ 150 cellules/microlitre (0.15 x 10 ⁹ /l) avant d'avoir amorcé un autre agent ciblant l'interleukine-5 (IL-5)	<input type="checkbox"/> ≥ 300 cellules/microlitre (0.30 x 10 ⁹ /l) au cours des 12 mois précédant le traitement avec un agent ciblant l'interleukine-5 (IL-5)
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Traitement de corticostéroïde oral reçu par la personne	
Nom	
Posologie	
Durée de traitement	

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Traitement d'entretien de corticostéroïde oral reçu par la personne

Nom

Dose d'entretien ACTUELLE

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