

ADALIMUMAB (ABRILADA^{MC}, AMGEVITA^{MC}, HADLIMA^{MC}, HADLIMA PUSHTOUCH^{MC}, HULIO^{MC}, HYRIMOZ^{MC}, IDACIO^{MC}, SIMLANDI^{MC}, YUFLYMA^{MC}), INFLIXIMAB (AVSOLA^{MC}, INFLECTRA^{MC}, RENFLEXIS^{MC}) - MALADIE DE CROHN INTESTINALE MODÉRÉE OU GRAVE

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"/> ADALIMUMAB – ABRILADA ^{MC} (enfant – adulte)	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HULIO ^{MC} (enfant – adulte)	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – YUFLYMA ^{MC} (enfant – adulte)					
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – AMGEVITA ^{MC} (enfant – adulte)	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HYRIMOZ ^{MC} (enfant – adulte)	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – AVSOLA ^{MC} (enfant – adulte)					
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA ^{MC} (enfant – adulte)	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – IDACIO ^{MC} (enfant – adulte)	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – INFLECTRA ^{MC} (enfant – adulte)					
<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – HADLIMA PUSHTOUCH ^{MC} (enfant – adulte)	<input type="checkbox"/> ADALIMUMAB – SIMLANDI ^{MC} (enfant – adulte)	<input type="checkbox"/> INFLIXIMAB – RENFLEXIS ^{MC} (enfant – adulte)					
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 changement de traitement Remplissez les sections 4-6-7		<input type="checkbox"/> Demande de renouvellement d'une autorisation Remplissez les sections 5-6-7			

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE OU CHANGEMENT DE TRAITEMENT

Diagnostic ou contexte clinique	
<input type="checkbox"/> Maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, présentement active	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE OU CHANGEMENT DE TRAITEMENT (SUITE)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

Corticostéroïdes	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Nom : _____	Précisez : _____	
Immunosuppresseurs		
Azathioprine	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Posologie : _____	Précisez : _____	
6-mercaptopurine	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Posologie : _____	Précisez : _____	
Méthotrexate	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Posologie : _____	Précisez : _____	
Autre	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Précisez : _____	Précisez : _____	

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 (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