

AFLIBERCEPT (EYLEA^{MC}) - DÉFICIENCE VISUELLE DUE À UN ŒDÈME MACULAIRE CONSÉCUTIF À UNE OCCLUSION DE LA VEINE CENTRALE DE LA RÉTINE (OVCR)

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 AFLIBERCEPT		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"/> Déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR)			
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____			
Œil gauche		Œil droit	
Administration de l'aflibercept		Administration de l'aflibercept	
<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"/> Ranibizumab		<input type="checkbox"/> Ranibizumab	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Acuité visuelle optimale après correction		Acuité visuelle optimale après correction	
<input type="checkbox"/> Entre 6/12 et 6/96		<input type="checkbox"/> Entre 6/12 et 6/96	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Épaisseur du centre de la rétine		Épaisseur du centre de la rétine	
<input type="checkbox"/> ≥ 250 µm		<input type="checkbox"/> ≥ 250 µm	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Indication thérapeutique

Déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une **occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR)**

Autre. Précisez : _____

Renseignements nécessaires pour évaluer, après trois mois et plus, la réponse au traitement. Inscrive les résultats des 2 examens suivants :

Œil gauche	Œil droit
Acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen Date (AAAA-MM-JJ) : _____ <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration	Acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen Date (AAAA-MM-JJ) : _____ <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration
Œdème maculaire évalué par une tomographie de cohérence optique Date (AAAA-MM-JJ) : _____ <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration	Œdème maculaire évalué par une tomographie de cohérence optique Date (AAAA-MM-JJ) : _____ <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration

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