

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 FORMULE NUTRITIVE – SEMI-ÉLÉMENTAIRE HYPERPROTÉINÉE | | | |
| 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

| | |
|--|--|
| Indication thérapeutique | |
| <input type="checkbox"/> Alimentation entérale chez une personne nécessitant une formule nutritive semi-élémentaire comme source de nutrition | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | |
| Précisions sur l'état de santé de la personne concernée (Cochez la ou les situations qui s'appliquent) | |
| <input type="checkbox"/> Malabsorption. Précisez la cause : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Augmentation importante des besoins nutritionnels en protéines. Précisez la raison : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | |

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