

**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"/> TÉRIPARATIDE – OSNUVO <sup>MC</sup>				<input type="checkbox"/> TÉRIPARATIDE – TEVA-TERIPARATIDE <sup>MC</sup>			
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 ou contexte clinique	
<input type="checkbox"/> Ostéoporose chez la femme ménopausée qui est exposée à un risque élevé de fracture	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Résultat de la plus récente ostéodensitométrie	
Valeur du score T actuel	Date (AAAA-MM-JJ)
Mesuré <input type="checkbox"/> à la hanche <input type="checkbox"/> au col fémoral <input type="checkbox"/> au rachis lombaire <input type="checkbox"/> autre. Précisez : _____	

#### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (SUITE)

Résumé de la thérapie antirésorptive. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

Nom : _____ du : _____ au : _____	<input type="checkbox"/> Réponse inadéquate
Nom : _____ du : _____ au : _____	<input type="checkbox"/> <b>Nouvelle fracture de fragilisation</b> malgré la prise continue $\geq$ 12 mois Localisation : _____ Date (AAAA-MM-JJ) _____
Nom : _____ du : _____ au : _____	<input type="checkbox"/> <b>Diminution significative de la densité minérale osseuse</b> malgré la prise continue $\geq$ 24 mois Antécédent de fracture ostéoporotique. Localisation : _____ Date (AAAA-MM-JJ) _____ Valeur de la DMO prétraitement : _____ Date (AAAA-MM-JJ) _____ Valeur de la DMO en cours de traitement : _____ Date (AAAA-MM-JJ) _____
Nom : _____ du : _____ au : _____	<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](http://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