

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

GLATIRAMÈRE (acétate de) – COPAXONE^{MC} Sol. Inj. S.C. 20 mg/ml

DÉBUTÉ et un remboursement reçu* AVANT LE 5 JUILLET 2018

Autre. Précisez : _____

* La personne admissible doit avoir reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux

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 - POURSUITE DU TRAITEMENT

Raison empêchant la transition vers la version biosimilaire

Femme enceinte : Date prévue de l'accouchement (AAAA-MM-JJ) _____

Personne âgée de moins de 18 ans

Autre raison. Précisez : _____

Diagnostic ou contexte clinique

Sclérose en plaques de forme rémittente

Première poussée clinique aigüe de démyélinisation

Autre. Précisez : _____

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - SCLÉROSE EN PLAQUES DE FORME RÉMITTENTE

EDSS AVANT le début de traitement avec le glatiramère

Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)

EDSS ACTUEL

Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)

Effet bénéfique démontré par l'absence de détérioration

Oui

Non. Précisez : _____

6. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - SCLÉROSE EN PLAQUES POUR UNE PREMIÈRE POUSSÉE CLINIQUE AIGÛE DE DÉMYÉLINISATION

Effet bénéfique démontré par l'absence de nouvelle poussée clinique

Oui

Non. Précisez : _____

7. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

8. 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