

SOMATOTROPHINE (GENOTROPIN GOQUICK^{MC}, GENOTROPIN MINIQUICK^{MC}, HUMATROPE^{MC}, NUTROPIN AQ NUSPIN^{MC}, NUTROPIN AQ PEN^{MC}, OMNITROPE^{MC} ET SAIZEN^{MC}) OU SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE ET SYNDROME DE TURNER (NORDITROPIN NORDIFLEX^{MC}) - SYNDROME DE TURNER

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"/> SOMATOTROPHINE				<input type="checkbox"/> SOMATOTROPHINE – RETARD DE CROISSANCE ET SYNDROME DE TURNER			
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 (Remplissez les sections 5-6-7)							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Syndrome de Turner confirmé par un caryotype compatible avec ce diagnostic (absence complète ou anomalie de structure d'un des chromosomes X)	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Donnée médicale	
Âge osseux (ans)	

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Donnée médicale	
Âge osseux (ans)	
Vitesse de croissance de ≥ 2 cm/an (évaluée lors de deux visites consécutives à un intervalle de trois mois)	
<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____	

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