

RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG (COAGUCHEK XS PT TEST^{MC} ET COAGUCHEK XS PT TEST PST^{MC}) - MESURE DU RAPPORT INTERNATIONAL NORMALISÉ (RIN)

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 RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG			
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

Information sur l'anticoagulation	
<input type="checkbox"/> Anticoagulation orale de longue durée avec un antagoniste de la vitamine K (warfarine, nicoumalone)	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Mode de suivi de la mesure du RIN	
<input type="checkbox"/> La mesure du RIN est prise sur un coagulomètre dont la personne est propriétaire dans un but d'autosurveillance ¹ ou d'autocontrôle ²	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	

¹ Le(la) patient(e) effectue une mesure du RIN et transmet le résultat à un professionnel de la santé qui ajuste ou non la dose de l'antagoniste de la vitamine K.

² Le(la) patient(e) effectue une mesure du RIN, interprète le résultat et, au besoin, ajuste lui-même la dose de l'antagoniste de la vitamine K selon un algorithme.

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