

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 RUXOLITINIB (phosphate de)		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).	
Type de demande <input type="checkbox"/> Demande initiale Remplissez les sections 4-7-8		<input type="checkbox"/> Demande de poursuite du traitement Premier renouvellement Remplissez les sections 5-7-8		<input type="checkbox"/> Demande de poursuite du traitement Renouvellements subséquents Remplissez les sections 6-7-8			

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Indication thérapeutique	
<input type="checkbox"/> Pour le contrôle de l'hématocrite chez les personnes atteintes d'une polycythémie vraie.	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Valeur ACTUELLE du statut de performance	
ECOG <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Résumé de l'essai antérieur avec l'hydroxyurée	
Période du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)	
Posologie :	
<input type="checkbox"/> À la dose d'au moins 2 g par jour.	
<input type="checkbox"/> À la dose maximale efficace qui n'entraîne pas de toxicité hématologique, cutanée ou digestive de grade 3 ou plus.	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
<input type="checkbox"/> Résistance à l'hydroxyurée observée par :	
<input type="checkbox"/> Le recours à plus d'une phlébotomie sur une période de 3 mois, et ce, afin de maintenir l'hématocrite inférieur à 45 %.	
<input type="checkbox"/> Un décompte leucocytaire supérieur à $10 \times 10^9 / L$ et un décompte plaquettaire supérieur à $400 \times 10^9 / L$.	
<input type="checkbox"/> Une persistance des symptômes associés à une splénomégalie.	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT (PREMIER RENOUVELLEMENT)

Effet clinique bénéfique observé

- Réduction du recours à la phlébotomie afin de maintenir l'hématocrite inférieur à 45 %
- Amélioration de la thrombocytose **et** de la leucocytose
- Amélioration des symptômes associés à une splénomégalie
- Autre. Précisez : _____

6. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT (RENOUVELLEMENTS SUBSÉQUENTS)

Effet clinique bénéfique observé

- Maintien du bénéfice clinique sur :
 - La fréquence du recours à la phlébotomie
 - Les plaquettes **et** les leucocytes
 - Les symptômes associés à une splénomégalie
 - Autre. Précisez : _____
- Autre. 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