

**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 ?<br><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"/> FORMULE NUTRITIVE CÉTOGÈNE – KETOCAL <sup>MC</sup>   |                 | <input type="checkbox"/> FORMULE NUTRITIVE CÉTOGÈNE – KETOVIE <sup>MC</sup> |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> FORMULE NUTRITIVE – CÉTOGÈNE (SEMI-ÉLÉMENTAIRE) (KETOVIE <sup>MC</sup> PEPTIDE 4:1)  |                 |   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE (ALLERGIE AUX PROTÉINES DE LAIT OU DE SOYA) (KETOVIE <sup>MC</sup> 4:1 PLANT BASED PROTEIN)   |                 |   |  |   |  |
| 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 4-6-7) <input type="checkbox"/> Demande de renouvellement d'une autorisation (Remplissez les sections 5-6-7) |                 |   |  |   |  |

## 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

|  |  |
|--|--|
| Diagnostic ou contexte clinique  |  |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie réfractaire chez un enfant âgé de moins de 18 ans   |  |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____   |  |
| Crises d'épilepsie AVANT l'introduction d'une formule nutritive céto-gène  |  |
| Nombre par semaine   |  |
| Précision sur le traitement anticonvulsif  |  |
| L'enfant a fait l'essai sur une période adéquate d'au moins deux anticonvulsifs appropriés et bien tolérés, utilisés soit en monothérapie ou en combinaison? |  |
| <input type="checkbox"/> Oui   |  |
| <input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____   |  |

#### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE (SUITE)

Précision sur les troubles digestifs de l'enfant (EXCLUSIVEMENT pour KetoVie<sup>MC</sup> peptide 4:1)

Fonction gastro-intestinale altérée ou intolérance aux protéines intactes

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

Précision sur les allergies ou intolérance de l'enfant (EXCLUSIVEMENT pour le KetoVie<sup>MC</sup> 4:1 Plant Based Protein)

Allergie ou intolérance aux protéines de lait ou de soya

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

#### 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

Réponse au traitement

Diminution de plus de 50 % de la fréquence des crises depuis le début du traitement

Diminution de la sévérité des crises

Autre. 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](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