

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 POSACONAZOL		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).			
Indication thérapeutique <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Prévention des infections fongiques invasives (Remplissez les sections 4-6-7)		<input type="checkbox"/> Traitement de l'aspergillose invasive (Remplissez les sections 5-6-7)		<input type="checkbox"/> Autre (Remplissez les sections 6-7)	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - PRÉVENTION DES INFECTIONS FONGIQUES INVASIVES

Présence d'une neutropénie à la suite d'une chimiothérapie	
<input type="checkbox"/> Oui	Diagnostic <input type="checkbox"/> Leucémie myéloïde aigüe <input type="checkbox"/> Syndrome myélodysplastique <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
<input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____	

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - TRAITEMENT DE L'ASPERGILLOSE INVASIVE

Résumé de l'essai antérieur avec une thérapie de première intention		
Raison de l'arrêt ou de la non-utilisation		Période d'essai (S'il y a lieu)
Nom : _____ <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____		du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)

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