

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 ÉDARAVONE		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).	
La médication sera administrée <input type="checkbox"/> à domicile, au CLSC ou au cabinet privé <input type="checkbox"/> dans un CH, CHSLD, centre d'hébergement public, privé conventionné, y compris aux consultations externes d'un établissement. <input type="checkbox"/> ailleurs, précisez : _____							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Sclérose latérale amyotrophique (SLA) définitive ou probable selon les critères diagnostiques d'El Escorial révisés • symptômes de la maladie depuis moins de 2 ans : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Évaluation avant le début du traitement avec édaravone	
Capacité vitale forcée	CVF (% de la valeur prédite)
Clairance à la créatinine	mL/min
Scores associés aux éléments de l'échelle <i>Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale - Revised</i> (ALSFERS-R)	Dyspnée : _____ points
	Orthopnée : _____ points
	Insuffisance respiratoire : _____ points
Score ≥ 2 points pour chacun des autres éléments : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autonomie préservée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trachéotomie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Trachéotomie : Oui Non

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