

**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 <b>ÉVOLOCUMAB</b>		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 poursuite du traitement (Remplissez les sections 5-6-7)							

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie familiale <b>homozygote</b> (HFH <sub>0</sub> )	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Confirmation de l'hypercholestérolémie familiale HOMOZYGOTE	
<input type="checkbox"/> Génotypage	Les résultats devront être fournis sur demande
<input type="checkbox"/> Phénotypage	<ul style="list-style-type: none"> <li>C-LDL &gt;13 mmol/l avant le début d'un traitement pour l'hypercholestérolémie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>Présence de xanthomes avant l'âge de 10 ans <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>Présence chez les deux parents d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Aucun test effectué	Selon le critère, un test doit obligatoirement être fourni
Résultat récent du bilan lipidique	
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)	C-LDL (mmol/l)

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

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

Statines Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Statines Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Statines Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Fibrates Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Séquestrants de l'acide biliaire Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Ezétimibe Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Autre agent Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)

<sup>1</sup> L'inefficacité comprend la non-atteinte des valeurs cibles.

#### 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement	Valeur de laboratoire avant le début du traitement avec l'évolocumab	Valeur de laboratoire la plus récente
Diminution d'au moins 20 % du C-LDL par rapport aux valeurs de base avant le début du traitement avec l'évolocumab <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date (AAAA-MM-JJ)	Date (AAAA-MM-JJ)
	C-LDL (mmol/L)	C-LDL (mmol/L)

#### 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