

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 DUPILUMAB		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	
<input type="checkbox"/> Dermatite atopique chronique de forme modérée à grave chez les personnes âgées de 12 ans ou plus	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Évaluation immédiatement avant le début du traitement avec le dupilumab	
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)	Évaluation de la qualité de vie (DLQI ou cDLQI)
Fournissez les renseignements suivants	
<input type="checkbox"/> Sévérité de la dermatite atopique (EASI) : _____	
ou	
<input type="checkbox"/> Présence de plaques importantes sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale.	
Précisez l'endroit : _____	
<input type="checkbox"/> Atteinte de la surface corporelle (%) : _____	
ou	
<input type="checkbox"/> Présence de plaques importantes sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale.	
Précisez l'endroit : _____	

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)

Corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée

Nom	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
	Précisez : _____	

Nom	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
	Précisez : _____	

Inhibiteurs de la calcineurine topiques

Pimécrolimus 1 %	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
	Précisez : _____	

Tacrolimus 0,03 % ou 0,1 %	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
	Précisez : _____	

Photothérapie

Nombre de séances suivies	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Inaccessibilité <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
	Précisez : _____	

Autre

Nom	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
	Précisez : _____	

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Début du traitement du médicament demandé (AAAA-MM-JJ)

Renseignements nécessaires pour évaluer, **après quatre mois et plus**, la réponse au traitement sur les points évalués initialement

Date d'évaluation	Évaluation initiale (AAAA-MM-JJ)	Évaluation subséquente la plus récente (AAAA-MM-JJ)
EASI		
DLQI ou cDLQI		
S'il y a lieu, amélioration significative des lésions sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale	Sans objet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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