

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	
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 ?	
Code postal	N° de téléphone (1)	N° de téléphone (2)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
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"/> TAFAMIDIS - VYNDAMAX ^{MC}				<input type="checkbox"/> TAFAMIDIS MÉGLUMINE - VYNDAQEL ^{MC}	
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

Diagnostic ou contexte clinique	
<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie causée par une amyloïdose à transthyrétine (ATTR-CM)	Confirmation de l'absence d'amylose à chaîne légère : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	L'ATTR-CM est confirmée par : <input type="checkbox"/> Test génétique <input type="checkbox"/> Scintigraphie osseuse ou biopsie cardiaque <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Précisions sur l'insuffisance cardiaque avant l'instauration du traitement avec le tafamidis ou le tafamidis méglumine	
<input type="checkbox"/> La personne est atteinte d'insuffisance cardiaque	Classification de l'insuffisance cardiaque selon la New York Heart Association (NYHA) <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
	Antécédents médicaux d'insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Hospitalisation antérieure <input type="checkbox"/> Manifestations cliniques ayant nécessité un traitement avec un diurétique <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
<input type="checkbox"/> La personne n'est pas atteinte d'insuffisance cardiaque	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (SUITE)

Administration du tafamidis ou du tafamidis méglumine

Tafamidis ou tafamidis méglumine est administré en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'ATTR.

Oui. Précisez lequel : _____

Non

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Classification de l'insuffisance cardiaque selon la New York Heart Association (NYHA)

I II III IV

Administration du tafamidis ou du tafamidis méglumine

Tafamidis ou tafamidis méglumine est administré en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'ATTR.

Oui. Précisez lequel : _____

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