

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 RUXOLITINIB (phosphate de)		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"/> Splénomégalie associée à : <input type="checkbox"/> Myélofibrose primitive <input type="checkbox"/> Myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie <input type="checkbox"/> Myélofibrose consécutive à une thrombocythémie essentielle <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
Renseignements cliniques		
Rate palpable à 5 cm sous le rebord costal gauche		
Date de l'imagerie (AAAA-MM-JJ)	IPSS	ECOG
Résumé des essais antérieurs		
Inhibiteur des janus kinases pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose		
<input type="checkbox"/> Aucun essai antérieur <input type="checkbox"/> Cessé en raison d'une inefficacité <input type="checkbox"/> Autre raison. Précisez : _____		

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Effets cliniques bénéfiques

<input type="checkbox"/> Réduction importante de la splénomégalie confirmée par :	<input type="checkbox"/> Imagerie	Date (AAAA-MM-JJ)
	<input type="checkbox"/> Examen physique	Date (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Amélioration des symptômes		
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		

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