

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 ÉLEXACAFTOR/TÉZACAFTOR/IVACAFTOR et IVACAFTOR (emballage combiné)				
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 ou contexte clinique
<input type="checkbox"/> Traitement de la fibrose kystique chez une personne âgée de 2 ans et plus
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Mutation du gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (gène CFTR)
<input type="checkbox"/> Présence d'une mutation $\Delta F508$ sur au moins un allèle du gène <i>CFTR</i>
<input type="checkbox"/> Autre mutation. Précisez : _____
Administration du Trikafta ^{MC}
Trikafta ^{MC} est administré en combinaison avec un autre médicament correcteur ou potentialisateur de la protéine CFTR
<input type="checkbox"/> Oui. Précisez lequel : _____
<input type="checkbox"/> Non
Personne ayant reçu une greffe pulmonaire
<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDES DE RENOUVELLEMENT

Administration du Trikafta^{MC}

Trikafta^{MC} est administré en combinaison avec un autre médicament correcteur ou potentialisateur de la protéine CFTR

Oui. Précisez lequel : _____

Non

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

Date de l'évaluation après 6 mois de traitement (AAAA-MM-JJ)

Maintien d'une **amélioration** $\geq 5\%$ de la valeur prédite du VEMS* par rapport à la valeur prétraitement. VEMS* : _____ % de la valeur prédite

Maintien d'une **Amélioration** ≥ 4 points sur le score du domaine respiratoire du CFQ-R par rapport à la valeur prétraitement. Score du domaine respiratoire du CFQ-R : _____

Absence de déclin de l'IMC, ou du score-z de l'IMC selon l'âge pour la population pédiatrique, par rapport à la valeur prétraitement

Diminution $\geq 20\%$ de la fréquence des exacerbations pulmonaires ayant nécessité une antibiothérapie par rapport à l'évaluation prétraitement. Nombre d'exacerbations dans la dernière année : _____

Autre. Précisez : _____

* Le VEMS doit être mesuré lorsque l'état du patient est stable en l'absence d'exacerbation pulmonaire.

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