

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 FARICIMAB | | 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). | |

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

| Indication thérapeutique | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique (OMD) | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | |
| Œil gauche | Œil droit |
| Administration du faricimab | |
| <input type="checkbox"/> En monothérapie | |
| <input type="checkbox"/> En association avec : | |
| <input type="checkbox"/> Aflibercept | |
| <input type="checkbox"/> Ranibizumab | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | |
| Épaisseur du centre de la rétine | |
| <input type="checkbox"/> ≥ 250 µm | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | |

5. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

6. 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