

**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

<b>MÉPOLIZUMAB</b>		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

Indication thérapeutique							
<input type="checkbox"/> Traitement d'entretien de la rhinosinusite chronique avec polypes nasaux grave chez les adultes							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Fournissez les renseignements suivants							
<input type="checkbox"/> présence de polypes nasaux bilatéraux confirmée par endoscopie ou tomodensitométrie							
<input type="checkbox"/> au moins une chirurgie endoscopique des sinus (CES) au cours des 5 années précédentes, à moins que la chirurgie ait été contre-indiquée;						Date de la chirurgie (AAAA-MM-JJ)	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Résultat des questionnaires suivants <sup>1</sup>							
Date (AAAA-MM-JJ)		<input type="checkbox"/> Sino-nasal outcome test (SNOT-22) : _____				<input type="checkbox"/> Score polypose nasale (SPN) : _____	
Traitements reçus par la personne							
<input type="checkbox"/> Corticostéroïde par voie nasale aux doses maximales tolérées		Nom		Posologie		du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)	

<sup>1</sup> Score SPN déterminé par endoscopie et tous deux établis au départ ou avant l'instauration d'un autre médicament biologique indiqué pour le traitement de la rhinosinusite chronique avec polypes nasaux grave.

## 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale (AAAA-MM-JJ)	Évaluation subséquente la plus récente (AAAA-MM-JJ)
Date de l'évaluation		
Résultat aux questionnaires suivants		
<i>Sino-nasal outcome test (SNOT-22)</i>		
<i>Score polypose nasale (SPN)</i>		

## 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](http://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