

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

2 - Prescripteur

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.	

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE

si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation

OU
si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père

NOM ET PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE	
		ANNÉE	MOIS JOUR
ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
	QUÉBEC		

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT ÉDARAVONE	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT			
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU	ANNÉE MOIS JOUR
		<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	<input type="checkbox"/> Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.
La médication sera administrée : <input type="checkbox"/> à domicile, au CLSC ou au cabinet privé <input type="checkbox"/> dans un CH, CHSLD, centre d'hébergement public, privé conventionné, y compris aux consultations externes d'un établissement. <input type="checkbox"/> ailleurs, précisez _____			

4 - Renseignements cliniques

Diagnostic

Sclérose latérale amyotrophique (SLA) définitive ou probable selon **les critères diagnostiques d'El Escorial révisés**

- symptômes de la maladie depuis moins de 2 ans : Oui Non

Autre. Précisez : _____

Évaluation avant le début du traitement avec édaravone

Capacité vitale forcée	CVF : _____ % de la valeur prédite
Clairance à la créatinine	_____ mL/min
Scores associés aux éléments de l'échelle <i>Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale - Revised</i> (ALSFRS-R)	Dyspnée : _____ points
	Orthopnée : _____ points
	Insuffisance respiratoire : _____ points
	Score ≥ 2 points pour chacun des autres éléments : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autonomie préservée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trachéotomie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Trachéotomie : Oui Non

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

