

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

ÉVÉROLIMUS (AFINITOR^{MC}) - CANCER DU SEIN AVANCÉ OU MÉTASTATIQUE POSITIF POUR LES RÉCEPTEURS HORMONAUX(RH+) ET HER2- EN ASSOCIATION AVEC L'EXÉMESTANE

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 ÉVÉROLIMUS | | 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"/> Cancer du sein avancé ou métastatique | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> HER2+ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RH- <input type="checkbox"/> HER2- | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | | | | | | | |
| Administration de l'évérolimus | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> En association avec l'exémestane | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____ | | | | | | | |
| Valeur ACTUELLE du statut de performance | | | | | | | |
| ECOG <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | | | | | | | |

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE (SUITE)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

| | Raison de l'arrêt ou de la non utilisation | Période d'essai (S'il y a lieu) |
|---|--|---------------------------------|
| Anastrozole | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____ | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) |
| RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADMINISTRATION DE L'ANASTROZOLE | | |
| | <input type="checkbox"/> En adjuvant <input type="checkbox"/> Au stade métastatique <input type="checkbox"/> Autre contexte. Précisez : _____ | |
| Létrozole | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____ | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) |
| RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADMINISTRATION DU LÉTROZOLE | | |
| | <input type="checkbox"/> En adjuvant <input type="checkbox"/> Au stade métastatique <input type="checkbox"/> Autre contexte. Précisez : _____ | |
| Autre traitement | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____ | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) |
| Nom : _____ | | |

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Effet clinique bénéfique observé

Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ)

Absence de progression de la maladie

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