

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 IBRUTINIB | | Forme pharmaceutique | | Teneur | | Posologie | |
| Durée prévue du traitement | | du (AAAA-MM-JJ) | | au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée | | 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 première intention d'une leucémie lymphoïde chronique | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Traitement d'une leucémie lymphoïde chronique réfractaire ou récidivante | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | | | | | | | |
| Personne ayant au moins quatre jours de migraine par mois | | | | | | | |
| 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)

Renseignements requis selon l'intention de traitement

TRAITEMENT DE 1^{RE} INTENTION D'UNE LLC

Administration de l'ibrutinib

En monothérapie

Autre. Précisez : _____

La personne est présentement SYMPTOMATIQUE

Oui

Non

TRAITEMENT D'UNE LLC RÉFRACTAIRE OU RÉCIDIVANTE

Chimiothérapie à base de fludarabine

La personne n'est PAS ADMISSIBLE à recevoir une chimiothérapie à base de fludarabine

Précisez : _____

Une chimiothérapie à base de fludarabine n'est pas indiquée en raison des résultats de la cytogénétique

Autre. Précisez : _____

Chimiothérapie à base de fludarabine

La personne n'est PAS ADMISSIBLE à recevoir une chimiothérapie à base de fludarabine

Précisez : _____

Une chimiothérapie à base de fludarabine n'est pas indiquée en raison des résultats de la cytogénétique

Autre. Précisez : _____

Essai antérieur d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton

| | RÉSULTAT | PÉRIODE D'ESSAI |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acalabrutinib | <input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) |
| <input type="checkbox"/> Autre. Nom : _____ | <input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) |

Aucun inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton administré antérieurement

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

Effet clinique bénéfique observé avec l'ibrutinib

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