

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 AXITINIB		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 poursuite du traitement (Remplissez les sections 5-6-7)			

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diagnostic							
<input type="checkbox"/> Adénocarcinome rénal localement avancé non résécable							
<input type="checkbox"/> Adénocarcinome rénal métastatique							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Caractéristique de la tumeur							
<input type="checkbox"/> Présence de cellules claires							
<input type="checkbox"/> Présence de cellules non claires							
Administration de l'axitinib							
<input type="checkbox"/> En monothérapie à la suite de l'association pembrolizumab et axitinib							
<input type="checkbox"/> En monothérapie en traitement de deuxième intention							
<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)

Pembrolizumab (Keytruda ^{MC}) + Axitinib (Inlyta ^{MC})	Administration en milieu hospitalier <input type="checkbox"/> Association reçue durant 24 mois <input type="checkbox"/> Pembrolizumab a dû être cessé en raison d'une intolérance sérieuse Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Pazopanib (Votrient ^{MC}) Posologie : _____	<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)
Sunitinib (Sutent ^{MC}) Posologie : _____	<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)
Autre agent Nom : _____ Posologie : _____	<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)
Autre agent Nom : _____ Posologie : _____	<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)

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE DE RENOUELEMENT D'UNE AUTORISATION

Administration de l'axitinib		
<input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____		
Effet clinique bénéfique observé		
Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ)		
<input type="checkbox"/> Absence de progression de la maladie <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
Confirmation par imagerie		
<input type="checkbox"/> Réponse au traitement confirmée par imagerie	Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ)	
<input type="checkbox"/> Réponse au traitement NON confirmée par imagerie	Date de la prochaine imagerie (AAAA-MM-JJ)	Raison ayant empêché de procéder à une imagerie

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