

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 SUNITINIB		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 - DEMANDE INITIALE

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Tumeur stromale gastro-intestinale (GIST) <input type="checkbox"/> Inopérable <input type="checkbox"/> Récidivante <input type="checkbox"/> Métastatique <input type="checkbox"/> Autre. 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	
Résumé de l'essai antérieur avec l'imatinib	
<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Résistance primaire (pas de réponse au traitement avec l'imatinib) OU <input type="checkbox"/> Résistance secondaire (évolution de la maladie après une réponse initiale avec l'imatinib) <input type="checkbox"/> Intolérance sérieuse . Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Aucun essai d'imatinib . Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Réponse au traitement

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

Absence de progression

Autre. Précisez : _____

Confirmation par imagerie

Réponse au traitement **confirmée** par imagerie

Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ)

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