

## CRIZOTINIB (XALKORI<sup>MC</sup>) - CANCER DU POUMON NON À PETITES CELLULES (CPNPC) LOCALEMENT AVANCÉ OU MÉTASTATIQUE PRÉSENTANT UN RÉARRANGEMENT DU GÈNE ALK

**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 <b>CRIZOTINIB</b>		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 renouvellement d'une autorisation (Remplissez les sections 5-6-7)							

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diagnostic ou contexte clinique			
<input type="checkbox"/> Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé ou métastatique présentant un réarrangement du gène ALK			
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____			
Administration du crizotinib			
<input type="checkbox"/> En monothérapie			
<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			
Traitement pharmacologique			
<input type="checkbox"/> De première intention			
<input type="checkbox"/> De deuxième intention ou plus		Résumé de l'essai antérieur à base d'un sel de platine en 1 <sup>re</sup> intention ou contre-indications	
		Protocole administré : _____	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON ADMINISTRATION <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____			

## 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

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](http://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