

**DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**  
**Imatinib (mésylate d') — Tumeur stromale gastro-intestinale (Gleevec<sup>MC</sup>)**  
**— Tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)**

**1 - Personne assurée**

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE  
**OU**

**2 - Prescripteur**

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.	

**NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE  
DE LA PERSONNE ASSURÉE**

*si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire  
sur le carnet de réclamation*

**OU**  
*si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie  
de la mère ou du père*

NOM ET PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE <b>QUÉBEC</b>	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

**3 - Médicament visé par la demande**

NOM DU MÉDICAMENT <b>IMATINIB (mésylate d') — Tumeur stromale gastro-intestinale</b>	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU	ANNÉE MOIS JOUR
<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE		<input type="checkbox"/> OU	

**Type de demande**

**Demande initiale**  
Complétez les sections 4- 6- 7

**Demande de poursuite du traitement**  
**UNIQUEMENT pour un GIST inopérable, récidivant ou métastatique**  
Complétez les sections 5- 6- 7

**4 - Renseignements cliniques - Demande initiale**

**Diagnostic**  
Tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)

Présence du récepteur c-kit (CD117)  
 Absence de récepteur c-kit (CD117)

**Indication thérapeutique**

**Traitement adjuvant** d'un GIST, avec récepteur c-kit (CD117), **complètement réséqué**

Risque élevé de récurrence  
 Risque intermédiaire de récurrence. Précisez : \_\_\_\_\_  
 Risque faible de récurrence. Précisez : \_\_\_\_\_

**Traitement d'un GIST, avec récepteur c-kit (CD117), inopérable, récidivant ou métastatique**

Inopérable  
 Récidivant  
    ▶ La récurrence est apparue pendant un traitement adjuvant avec l'imatinib  Oui  Non  
 Métastatique  
 Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

