

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Imatinib (mésylate d') — Tumeur stromale gastro-intestinale (Gleevec^{MC})
— 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 QUÉBEC	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT IMATINIB (mésylate d') — Tumeur stromale gastro-intestinale	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.

