

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Sunitinib (Sutent^{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	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
	QUÉBEC		

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT SUNITINIB	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	

Type de demande

Demande initiale **Demande de poursuite du traitement**

Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Diagnostic

Tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)

Inopérable Récidivante Métastatique

Autre. Précisez : _____

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

Résumé de l'essai antérieur avec l'imatinib

Inefficacité

Résistance **primaire** (pas de réponse au traitement avec l'imatinib)

OU

Résistance **secondaire** (évolution de la maladie après une réponse initiale avec l'imatinib)

Intolérance sérieuse. Précisez : _____

Aucun essai d'imatinib. Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

du _____

au _____

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

Sunitinib (Sutent^{MC}) — Tumeur stromale gastro-intestinale (GIST) (suite)

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Réponse au traitement

Date du début du traitement ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR
_ _	_	_

Absence de progression

Autre. Précisez : _____

Confirmation par imagerie

Réponse au traitement **confirmée** par imagerie ▶ Date de la dernière imagerie

ANNÉE	MOIS	JOUR
_ _	_	_

Réponse au traitement **NON confirmée** par imagerie

▶ Date de la dernière imagerie

ANNÉE	MOIS	JOUR
_ _	_	_

▶ Raison ayant empêché de procéder à une imagerie : _____

6 - Renseignements complémentaires (facultatifs)

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

7 - Signature du prescripteur autorisé

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

DATE
ANNÉE
MOIS
JOUR
_ _
_
_

Retourner le présent formulaire

- **par télécopieur** à Québec : **418 646-5653**
ailleurs au Québec, sans frais : **1 866 312-3858**
- **par courrier** : Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Le présent formulaire respecte la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements relatifs aux indications reconnues pour le paiement.