

**DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**  
**Pazopanib (Votrient<sup>MC</sup>) ou sunitinib (Sutent<sup>MC</sup>)**  
**— Adénocarcinome rénal métastatique**

**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	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		
<i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i>	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
<b>OU</b> <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	MUNICIPALITÉ	PROVINCE QUÉBEC	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

**3 - Médicament visé par la demande**

PAZOPANIB  SUNITINIB

FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE <input type="checkbox"/> OU ANNÉE MOIS JOUR
Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. ANNÉE MOIS JOUR		

**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**

Adénocarcinome rénal **métastatique**

Présence de **cellules claires**

Présence de cellules **non claires**

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration**

Comme traitement de **première intention**

À la suite d'un autre traitement. Précisez : \_\_\_\_\_

**Valeur ACTUELLE du statut de performance**

ECOG     0     1     2     3     4

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

