

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Lénalidomide (Revlimid^{MC}) — Anémie causée par un syndrome myélodysplasique (SMD) à risque faible ou intermédiaire-1 selon l'IPSS

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.	

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT LÉNALIDOMIDE	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 **Demande de poursuite du traitement**

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

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Précisions sur le SMD

SMD avec **anomalie cytogénitique 5q de suppression**

À risque faible ou intermédiaire-1 selon l'IPSS

Autre. Précisez la valeur de l'IPSS : _____

Autre. Précisez : _____

Caractéristiques de l'anémie

- Taux d'hémoglobine (Hb)
 - < 90 g/l ▶ Taux d'Hb : _____ g/l
 - ≥ 90 g/l ▶ Taux d'Hb : _____ g/l
- Dépendance transfusionnelle
 - Oui ▶ Historique des transfusions sanguines des **six derniers mois** : _____
 - Non

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

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

Lénalidomide (Revlimid^{MC}) — Anémie causée par un syndrome myélodysplasique (SMD) à risque faible ou intermédiaire-1 selon l'IPSS (suite)

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

AVANT LE DÉBUT DU TRAITEMENT	EFFET OBSERVÉ À LA SUITE DU TRAITEMENT
Dépendance transfusionnelle	<input type="checkbox"/> Réduction d' au moins 50 % du nombre de transfusions sanguines <input type="checkbox"/> Autre. Justifiez la poursuite de ce traitement : _____ _____ _____
Aucune transfusion sanguine au cours des 6 mois précédant le début du traitement	<ul style="list-style-type: none">• Hausse du taux d'Hb par rapport au taux avant le début du traitement <input type="checkbox"/> ≥ 15 g/l <input type="checkbox"/> < 15 g/l Précisez : _____• Indépendance transfusionnelle <input type="checkbox"/> Maintenu <input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____

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.