

**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.

**3 - Médicament visé par la demande**

NOM DU MÉDICAMENT <b>LÉNALIDOMIDE</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	<b>OU</b>	

**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**

**Indication thérapeutique**

**Première intention** du myélome multiple symptomatique

- La personne est candidate à la greffe de cellules souches  
 Oui     Non

**Deuxième intention** ou plus du myélome multiple réfractaire et récidivant

**Poursuite du traitement du myélome multiple récidivant** après 18 cycles de carfilzomib, lénalidomide et dexaméthasone combinés

- La maladie a progressé pendant ou à la suite de ce traitement  
 Oui     Non
- Date de début du traitement ► ANNÉE MOIS JOUR
- Nombre de cycles complétés : \_\_\_\_\_

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.

Numéro d'assurance maladie  
de la personne assurée

Numéro d'inscription  
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

## Lénalidomide (Revlimid<sup>MC</sup>) — Myélome multiple (suite)

### 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

#### Administration de la lénalidomide

Lénalidomide associée UNIQUEMENT avec la dexaméthasone

- Oui
- Non. Précisez avec quels médicaments la lénalidomide sera associée :
- Bortézomib + dexaméthasone
  - Carfilzomib<sup>1</sup> + dexaméthasone
  - Aucun
  - Autres médicaments. Précisez : \_\_\_\_\_

#### Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG  0  1  2  3  4

1 : Lénalidomide administrée en association avec le carfilzomib et la dexaméthasone doit être fournie par l'établissement qui offre des services en oncologie.

### 5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

#### Administration de la lénalidomide

Lénalidomide associée UNIQUEMENT avec la dexaméthasone

- Oui
- Non. Précisez le protocole administré ACTUELLEMENT : \_\_\_\_\_

#### Démonstration de l'effet clinique bénéfique

- Absence de progression de la maladie définie par les critères de l'**International Myeloma Working Group**
- Autre. 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.