

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Thalidomide (Thalomid^{MC})

— Traitement de première intention du myélome multiple

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 _____ <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>

NOM ET PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE	
		ANNÉE	MOIS JOUR
ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
		QUÉBEC	
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicament visé par la demande

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

Type de demande

Demande initiale **Demande de changement du traitement** **Demande de poursuite du traitement**
Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale ou changement de traitement

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Traitement du myélome multiple	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Indication thérapeutique	
<input type="checkbox"/> Traitement de PREMIÈRE intention	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez les traitements reçus : _____	
Administration de la thalidomide	
Melphalan	<input type="checkbox"/> En association <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
Prednisone	<input type="checkbox"/> En association <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
Bortézomib	<input type="checkbox"/> En association <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
Greffe de cellules souches	
<input type="checkbox"/> La personne concernée <u>est candidate</u> à la greffe de cellules souches	
<input type="checkbox"/> La personne concernée <u>n'est pas candidate</u> à la greffe de cellules souches	

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.

Thalidomide (Thalomid^{MC})

— Traitement de première intention du myélome multiple (suite)

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Administration de la thalidomide		
Melphalan	<input type="checkbox"/> En association	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre
Précisez : _____		
Prednisone	<input type="checkbox"/> En association	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre
Précisez : _____		
Bortézomib	<input type="checkbox"/> En association	<input type="checkbox"/> Autre
Précisez : _____		
Démonstration de l'effet clinique bénéfique		
<input type="checkbox"/> Absence de progression de la maladie définie par les critères de l'International Myeloma Working Group		
<input type="checkbox"/> 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.