

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Évérolimus (Afinitor^{MC}) — 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

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
	QUÉBEC	
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
ÉVÉROLIMUS			
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 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 : _____

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG : 0 1 2 3 4

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

Évérolimus (Afinitor^{MC}) — Adénocarcinome rénal métastatique (suite)

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

INHIBITEUR DE LA TYROSINE KINASE	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON UTILISATION	PÉRIODE D'ESSAI (S'IL Y A LIEU)
Pazopanib (Votrient ^{MC})	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Sunitinib (Sutent ^{MC})	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Sorafenib (Nexavar ^{MC})	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre traitement Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

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 prochaine 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.