

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Gefitinib (Iressa^{MC}) — Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC)
localement avancé ou 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.		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT GEFITINIB	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
 Complétez les sections 4- 6- 7

Demande de poursuite du traitement
 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Diagnostic

Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC)

Stade avancé

Métastatique

Autre stade. Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

Administration du Gefitinib

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.

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

**Gefitinib (Iressa^{MC}) — Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC)
localement avancé ou métastatique (suite)**

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

Mutation de la tyrosine kinase de l'EGFR

- EGFR positif
 EGFR négatif

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Effet clinique bénéfique observé

Date de début du traitement ►

ANNÉE	MOIS	JOUR
_ _	_	_

- Absence de progression de la maladie
 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.