

**DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**  
**Lapatinib (Tykerb<sup>MC</sup>) — Cancer du sein métastatique positif**  
**pour les récepteurs hormonaux et HER2+**  
**en association avec un inhibiteur de l'aromatase**

**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>LAPATINIB</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	<input type="checkbox"/>	

**Diagnostic**

**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**

Cancer du sein métastatique **positif pour les récepteurs hormonaux**

    ▶ Surexprimant le récepteur HER2:       Oui       Non

    ▶ Traitement de 1<sup>ère</sup> intention:       Oui       Non. Précisez: \_\_\_\_\_

    ▶ En association avec un inhibiteur de l'aromatase:       Oui       Non. Précisez: \_\_\_\_\_

Autre. Précisez: \_\_\_\_\_

**Valeur ACTUELLE du statut de performance**

ECOG       0       1       2       3       4

**Administration du trastuzumab**

Non possible en raison d'une fraction d'éjection du ventricule gauche ≤ 55%

Non possible en raison d'une intolérance sérieuse. Précisez: \_\_\_\_\_

Possible

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.

**Lapatinib (Tykerb<sup>MC</sup>) — Cancer du sein métastatique positif  
pour les récepteurs hormonaux et HER2+ en association avec un inhibiteur de l'aromatase (suite)**

**5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement**

Effet clinique bénéfique observé après plus de 4 mois de traitement avec le lapatinib

- Absence de progression de la maladie
- Bénéfices sur la qualité de vie. Précisez : \_\_\_\_\_
- 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.