

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Denosumab (Xgeva^{MC}) — Prévention des événements osseux lors d'un cancer de la prostate ou du sein présentant au moins une métastase osseuse

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 QUÉBEC	CODE POSTAL
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT DENOSUMAB	FORME PHARMACEUTIQUE SOL. INJ.	TENEUR 120MG/1,7ML	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT			
DU	ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	<input type="checkbox"/> Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.

Diagnostic

Cancer de la prostate Complétez les sections 4- 6- 7
 Cancer du sein Complétez les sections 5- 6- 7
 Autre. Précisez : _____

4 - Renseignements cliniques - Cancer de la prostate

Diagnostic ou contexte clinique

Prévention des événements osseux chez une personne atteinte d'un cancer de la prostate :
 résistant à la castration
 sensible à la castration
 Autre. Précisez : _____

Métastases osseuses

Présence d'au moins une métastase osseuse
 Autre. Précisez : _____

5 - Renseignements cliniques - Cancer du sein

Diagnostic ou contexte clinique

Prévention des événements osseux chez une personne atteinte d'un cancer du sein et présentant **au moins une métastase osseuse.**
 Autre. Précisez : _____

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

Pamidronate	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____
	Précisez : _____	au _____
Zolédronique (acide)	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____
	Précisez : _____	au _____

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

