

**DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**  
**Nilotinib (Tasigna<sup>MC</sup>) — Leucémie myéloïde chronique (LMC)**  
**en phase chronique ou en phase accélérée chez l'adulte**

**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	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	
<i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i>	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.
<b>OU</b> <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	MUNICIPALITÉ	PROVINCE QUÉBEC	CODE POSTAL
	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		

**3 - Médicament visé par la demande**

NOM DU MÉDICAMENT NILOTINIB	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"/>	

**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**

Leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase chronique  
 Leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase accélérée  
 Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration du Nilotinib**

Traitement de 1<sup>ère</sup> intention  
 Traitement de 2<sup>e</sup> intention  
 Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Résumé de l'essai antérieur avec l'imatinib pour le traitement de deuxième intention** ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

Échec       Réponse sous optimale       Intolérance       Autre

Précisez : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

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

