

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Abiratérone (Zytiga^{MC}) ou Enzalutamide (Xtandi^{MC}) — Cancer de la prostate
métastatique résistant à la castration

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

<input type="checkbox"/> ABIRATÉRONNE	<input type="checkbox"/> ENZALUTAMIDE	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	<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU	ANNÉE MOIS JOUR

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 de la prostate **métastatique** résistant à la castration malgré un traitement de privation androgénique

Autre. Précisez : _____

<p>Administration de l'abiratérone</p> <p><input type="checkbox"/> En association avec la prednisone</p> <p><input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____</p>	<p>Administration de l'enzalutamide</p> <p><input type="checkbox"/> En monothérapie</p> <p><input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____</p>
---	--

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.

Abiratérone (Zytiga^{MC}) ou Enzalutamide (Xtandi^{MC}) — Cancer de la prostate métastatique résistant à la castration (suite)

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

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

<input type="checkbox"/> Abiratérone	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Apalutamide	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Darolutamide	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Docetaxel	<input type="checkbox"/> Non indiqué. Patient asymptomatique ou légèrement symptomatique. <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Enzalutamide	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Autre 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

Administration de l'abiratérone

- En association avec la prednisone
 Autrement. Précisez : _____

Administration de l'enzalutamide

- En monothérapie
 Autrement. Précisez : _____

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
C. P. 6600, succ. Terminus
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.