

**DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**  
**Dasatinib (Sprycel<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.	

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b> si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation <b>OU</b> 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

**3 - Médicament visé par la demande**

NOM DU MÉDICAMENT <b>DASATINIB</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"/> OU	

**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 Dasatinib**

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

**Résumé des essais antérieurs**

IMATINIB	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Réponse sous optimale <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication Précisez : _____ _____	du _____ au _____
NILOTINIB	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Réponse sous optimale <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication 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.

