

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Évérolimus (Afinitor^{MC}) ou Sunitinib (Sutent^{MC}) — Tumeurs neuroendocrines du pancréas

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	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
	QUÉBEC		

3 - Médicaments visés par la demande

ÉVÉROLIMUS SUNITINIB

FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU ANNÉE MOIS JOUR AU INDÉTERMINÉE OU ANNÉE MOIS JOUR

Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. ANNÉE MOIS JOUR

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

Tumeur neuroendocrine pancréatique **NON résécable et évolutive**

Bien différenciée

Modérément différenciée

Autre. Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

Stade

Avancé ou métastatique

Autre. Précisez : _____

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

Administration

Monothérapie

Autre. Précisez : _____

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

Évérolimus (Afinitor^{MC}) ou Sunitinib (Sutent^{MC}) — Tumeurs neuroendocrines du pancréas (suite)

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

Essais antérieurs

	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON UTILISATION	PÉRIODE D'ESSAI (S'IL Y A LIEU)
<input type="checkbox"/> Évérolimus	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Sunitinib	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
<input type="checkbox"/> Aucun traitement antérieur reçu		

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Réponse au traitement

▶ Date du début du traitement :

ANNÉE	MOIS	JOUR

Absence de progression

Autre. Précisez : _____

Confirmation par imagerie

Réponse au traitement **confirmée** par imagerie ▶ Date de la dernière imagerie

ANNÉE	MOIS	JOUR

Réponse au traitement **NON confirmée** par imagerie

▶ Date de la dernière imagerie

ANNÉE	MOIS	JOUR

▶ Raison ayant empêché de procéder à l'imagerie : _____

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.