

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

**Évérolimus (Afinitor<sup>MC</sup>) — Cancer du sein avancé ou métastatique positif pour les récepteurs hormonaux (RH+) et HER2- en association avec l'exémestane**

### 1 - Personne assurée

<small>CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b></small>	

### 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.

### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT <b>ÉVÉROLIMUS</b>	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSÉLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT			
DU      ANNÉE      MOIS      JOUR	AU <input type="checkbox"/> 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**

Complétez les sections 4- 6- 7

**Demande de poursuite du traitement**

Complétez les sections 5- 6- 7

### 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

#### Diagnostic

Cancer du sein **avancé ou métastatique**

RH+       HER2+

RH-       HER2-

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

#### Administration de l'évérolimus

En association avec l'exémestane

Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

#### 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.

## Évérolimus (Afinitor<sup>MC</sup>) — Cancer du sein avancé ou métastatique positif pour les récepteurs hormonaux (RH+) et HER2- en association avec l'exémestane (suite)

### 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ► Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)					
	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON UTILISATION				PÉRIODE D'ESSAI (S'IL Y A LIEU)
Anastrozole	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
	Précisez : _____				
	RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADMINISTRATION DE L'ANASTROZOLE				
	<input type="checkbox"/> En adjuvant	<input type="checkbox"/> Au stade métastatique	<input type="checkbox"/> Autre contexte. Précisez : _____		
Létrozole	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
	Précisez : _____				
	RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADMINISTRATION DU LÉTROZOLE				
	<input type="checkbox"/> En adjuvant	<input type="checkbox"/> Au stade métastatique	<input type="checkbox"/> Autre contexte. Précisez : _____		
Autre traitement	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____	Précisez : _____				

### 5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

#### Effet clinique bénéfique observé

Date du 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  
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.