

**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	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

**3 - Médicament visé par la demande**

NOM DU MÉDICAMENT <b>RÉGORAFENIB</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**  
Complétez les sections 4- 6- 7
- Demande de poursuite du traitement**  
Complétez les sections 5- 6- 7

**4 - Renseignements cliniques - Demande initiale**

**Diagnostic**

Tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)

Inopérable       Récidivante       Métastatique

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration du régorafenib**

En MONOTHÉRAPIE

Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

**Valeur ACTUELLE du statut de performance**

ECOG     0     1     2     3     4

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

AGENT ANTINÉOPLASIQUE	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON UTILISATION	PÉRIODE D'ESSAI (S'IL Y A LIEU)
<input type="checkbox"/> Imatinib	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Sunitinib	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <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 _____

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.

## Régorafenib (Stivarga<sup>MC</sup>) — Tumeur stromale gastro-intestinale (GIST) (suite)

### 5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

#### 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  
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.