

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Pomalidomide (Pomalyst<sup>MC</sup>) — Myélome multiple

#### 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> _____ <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> <b>OU</b> <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	NOM ET PRÉNOM _____ ADRESSE NUMÉRO _____ RUE _____ MUNICIPALITÉ _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____	DATE DE NAISSANCE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ APP. _____
---	--	--

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT POMALIDOMIDE	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 _____	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

<b>Indication thérapeutique</b> <input type="checkbox"/> Myélome multiple <input type="checkbox"/> Traitement de 3 <sup>e</sup> intention <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
<b>Administration de la pomalidomide</b> <input type="checkbox"/> En association avec la <b>dexaméthasone</b> <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
<b>Valeur ACTUELLE du statut de performance</b> ECOG <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
<b>Traitements antérieurs</b> Pour le traitement de <b>première</b> intention : <input type="checkbox"/> Greffe de cellules souches <input type="checkbox"/> Dexaméthasone <input type="checkbox"/> Melphalan <input type="checkbox"/> Bortézomib <input type="checkbox"/> Thalidomide <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<b>Raison de l'arrêt ou de la non-utilisation</b> <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<b>Durée</b>  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.

## Pomalidomide (Pomalyst<sup>MC</sup>) — Myélome multiple (suite)

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

Pour le traitement de <b>deuxième</b> intention :	Raison de l'arrêt ou de la non-utilisation	Durée
<input type="checkbox"/> Greffe de cellules souches <input type="checkbox"/> Dexaméthasone <input type="checkbox"/> Melphalan <input type="checkbox"/> Bortézomib <input type="checkbox"/> Thalidomide <input type="checkbox"/> Lénalidomide <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 _____
Autre(s) traitement(s) reçu(s) :	Raison de l'arrêt ou de la non-utilisation	Durée
<input type="checkbox"/> Greffe de cellules souches <input type="checkbox"/> Dexaméthasone <input type="checkbox"/> Melphalan <input type="checkbox"/> Bortézomib <input type="checkbox"/> Thalidomide <input type="checkbox"/> Lénalidomide <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 _____
Parmi les options de traitement, précisez la raison qui empêche l'essai du <b>bortézomib</b> et du <b>lénalidomide</b> chez la personne : _____		

### 5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

<b>Administration de la pomalidomide</b> <input type="checkbox"/> En association avec la <b>dexaméthasone</b> <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
<b>Démonstration de l'effet clinique bénéfique</b> <input type="checkbox"/> <b>Absence de progression</b> de la maladie définie par les critères de l'International Myeloma Working Group <input type="checkbox"/> 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.