

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Idéalalisib (Zydelig^{MC}) — Leucémie lymphoïde chronique (LLC)

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

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT IDÉLALISIB	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
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 à la suite du traitement de 8 cycles combinant idéalalisib et rituximab
 Complétez les sections 4- 6- 7

Demande de poursuite du traitement
 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale à la suite du traitement de 8 cycles combinant idéalalisib et rituximab

Diagnostic

Leucémie lymphoïde chronique (LLC)
 Autre. Précisez : _____

Administration de l'idéalalisib

En monothérapie
 Autrement. Précisez : _____

Intention de traitement

Traitement de 2^e intention ou plus chez une personne dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement de 8 cycles combinant l'idéalalisib et le rituximab
 Date de début du traitement ► ANNÉE MOIS JOUR

Autre. Précisez : _____

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

