

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Lenvatinib (Lenvima^{MC}) — Cancer différencié de la thyroïde localement avancé ou métastatique

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 NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR APP. PROVINCE QUÉBEC CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
--	---	--

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT LENVATINIB	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

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

Cancer différencié de la thyroïde localement avancé ou métastatique

Autre. Précisez : _____

Administration du lenvatinib

En monothérapie

Autrement. Précisez : _____

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

Renseignement relatif au traitement

Cancer réfractaire à l'iode radioactif

Oui Non. Précisez : _____

Renseignement médical requis

Cancer a progressé dans les 12 mois précédents l'amorce du lenvatinib

Oui Non. Précisez : _____

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

