

# DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

## Ibrutinib (Imbruvica<sup>MC</sup>) — Lymphome à cellules du manteau

### 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**

*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.
	QUÉBEC		

### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT IBRUTINIB	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	

### 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**

Lymphome à cellules du manteau récidivant ou réfractaire

Autre. Précisez: \_\_\_\_\_

**Administration de l'ibrutinib**

En monothérapie

Autrement. Précisez: \_\_\_\_\_

**Valeur ACTUELLE du statut de performance**

ECOG  0  1  2  3  4

**Résumé des traitements antérieurs ou contre-indication**

PROTOCOLE ADMINISTRÉ	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON ADMINISTRATION
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie à base de RITUXIMAB	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre
	Précisez: _____
<input type="checkbox"/> Aucun traitement reçu jusqu'à maintenant	Précisez: _____
<input type="checkbox"/> 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.

