

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Évérolimus (Afinitor^{MC}) — Tumeurs neuroendocrines du tube digestif ou du poumon

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 <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i> OU <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 QUÉBEC	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR APP. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
--	--	--

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT ÉVÉROLIMUS	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 **Demande de poursuite du traitement**
 Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Diagnostic

Tumeur neuroendocrine du tube digestif
 Tumeur neuroendocrine du poumon
 Autre. Précisez : _____

Précisions sur la tumeur (veuillez répondre à chacune des 3 caractéristiques suivantes)

1- Non fonctionnelle Fonctionnelle
 2- Bien différenciée Modérément différenciée Peu différenciée
 3- NON résécable Résécable

Stade

Avancé ou métastatique
 Autre. Précisez : _____

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

Renseignement médical requis

Cancer a progressé au cours des 6 mois précédents

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.

