

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Palbociclib (Ibrance^{MC}) — Cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique, en association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien

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

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT PALBOCICLIB	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 renouvellement d'une autorisation**
Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Diagnostic

Cancer du sein **localement avancé non résécable ou métastatique**

- Récepteurs hormonaux Positif Négatif
- Récepteur HER2 Positif Négatif
- Femme **ménopausée** Oui Non. Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

Administration du palbociclib

En association avec un **inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien**

- Comme traitement de **1^{ère} intention** du cancer du sein au **stade avancé** ou **métastatique**
- Autre. Précisez : _____

Autrement. Précisez : _____

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

Précision sur le traitement endocrinien

- La personne a présenté une résistance¹ à un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien administré dans le contexte **néoadjuvant** ou **adjuvant** du cancer du sein?
- Oui. Précisez : _____
- Non

¹ La résistance est définie par une progression survenant pendant la prise ou au cours des 12 mois suivant la fin de la prise d'un inhibiteur de l'aromatase.

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.

Palbociclib (Ibrance^{MC}) — Cancer du sein localement avancé non résecable ou métastatique, en association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien (suite)

5 - Renseignements cliniques - Demande de renouvellement d'une autorisation

Administration du palbociclib

- En association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien
 Autrement. Précisez : _____

Effet clinique bénéfique observé

- Absence de progression de la maladie
 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.