

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Céritinib (Zykadia^{MC}) – Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC)
localement avancé non résécable 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**

*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 QUÉBEC	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT CÉRITINIB	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"/>	

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 ou changement du traitement

Diagnostic

Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC)

Localement avancé non résécable

Métastatique

Autre stade. Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

La tumeur présente un réarrangement du gène ALK

Oui

Non

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

Administration du céritinib

En monothérapie

Autrement. Précisez : _____

Résumé de l'essai antérieur

crizotinib

RAISON DE L'ARRÊT

Le cancer a progressé malgré son administration.

Intolérance. Précisez : _____

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.

