

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	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
	QUÉBEC		

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	

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.

