

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Olaparib (Lynparza<sup>MC</sup>) – Traitement d'entretien du cancer épithélial de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire

#### 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
		QUÉBEC	
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT OLAPARIB	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT			
DU	ANNÉE	MOIS	JOUR
	AU	<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU
	ANNÉE	MOIS	JOUR
			Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.
	ANNÉE	MOIS	JOUR

#### 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 ou contexte clinique**

Traitement d'entretien du **cancer épithélial de l'ovaire**  
 • Cancer de haut grade  Oui  Non

Traitement d'entretien du **cancer des trompes de Fallope**

Traitement d'entretien du **cancer péritonéal primaire**

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

---

**Mutation**

BRCA1

BRCA2

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

Aucune

---

**Stade FIGO**

I  II  III  IV

---

**Valeur ACTUELLE du statut de performance**

ECOG  0  1  2  3  4

---

**Administration de l'olaparib**

En monothérapie

Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

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.

## Olaparib (Lynparza<sup>MC</sup>) – Traitement d'entretien du cancer épithélial de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire (suite)

### 4 - Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)

#### Essais antérieurs de protocoles de chimiothérapie à base d'un sel de platine (selon l'intention thérapeutique visée)

<input type="checkbox"/> Olaparib en traitement d'entretien <b>à la suite d'une chimiothérapie de 1<sup>re</sup> intention</b> à base d'un sel de platine	Chimiothérapie de <b>1<sup>re</sup> intention</b> à base d'un sel de platine Précisez : _____	Réponse tumorale objective <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Olaparib en traitement d'entretien <b>après au moins deux chimiothérapies</b> à base d'un sel de platine	Dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine Précisez : _____	Réponse tumorale objective <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	du _____ au _____
	Avant-dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine Précisez : _____	La maladie a progressé plus de 6 mois suivant la fin de ce protocole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	du _____ au _____

#### Essai antérieur avec un inhibiteur de la poly (ADP-ribose) polymérase (inhibiteur PARP)

<input type="checkbox"/> Oui	Nom : _____ Indication : <input type="checkbox"/> Cancer épithélial de l'ovaire, cancer des trompes de Fallope ou cancer péritonéal primaire <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
------------------------------	--	--	----------------------

Non

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

#### Administration de l'olaparib

En monothérapie  
 Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

#### Effet clinique bénéfique observé

Date de début du traitement ► ANNÉE MOIS JOUR

Absence de progression de la maladie

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

#### Traitement avec l'olaparib débuté depuis au moins 24 mois (si traitement d'entretien à la suite d'une chimiothérapie de 1<sup>re</sup> intention à base d'un sel de platine)

##### Réponse au traitement

Réponse complète (absence de signes cliniques et radiologiques de la maladie, accompagnée d'un taux normal de CA-125)

Pas de réponse complète, mais 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  
C. P. 6600, succ. Terminus  
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.