

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Alectinib (chlorhydrate d') (Alecensaro^{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 <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	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR			
	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.		
	MUNICIPALITÉ	PROVINCE QUÉBEC	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT ALECTINIB (CHLORHYDRATE D')	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
Complétez les sections 4- 6- 7

Demande de poursuite du traitement
Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques – Demande initiale

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

Administration de l'alectinib (chlorhydrate d')

En monothérapie

Autrement. Précisez : _____

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

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.

Alectinib (chlorhydrate d') (Alecensaro^{MC}) – Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé non résecable ou métastatique (suite)

4 - Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

Aucune utilisation antérieure d'un inhibiteur du réarrangement du gène ALK

Crizotinib

Inefficacité Intolérance Contre-indication Autre

Précisez : _____

du _____

au _____

Autre inhibiteur du
réarrangement du gène ALK

Inefficacité Intolérance Contre-indication Autre

Précisez : _____

du _____

au _____

Nom : _____

5 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

Administration de l'alectinib (chlorhydrate d')

En monothérapie

Autrement. Précisez : _____

Effet clinique bénéfique observé

Date de début du traitement ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR

Absence de progression de la maladie

Autre. Précisez : _____

Confirmation par imagerie (EXCLUSIVEMENT si essai antérieur du crizotinib) :

Réponse au traitement **confirmée** par imagerie

• Date de la dernière imagerie ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR

Réponse au traitement **NON confirmée** par imagerie

• Date de la dernière imagerie ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR

• Raison empêchant de procéder à l'imagerie : _____

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.