

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Dasatinib (Sprycel^{MC}) – Leucémie lymphoblastique aiguë (LLA) chez l'adulte

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 DASATINIB	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"/>	<input type="checkbox"/>

Type de demande

Demande initiale **Demande de poursuite du traitement**
 Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques – Demande initiale

Diagnostic
Leucémie lymphoblastique aiguë (LLA) chez l'adulte

Avec chromosome de Philadelphie **positif (Ph+)**
 Sans chromosome de Philadelphie

Valeur ACTUELLE du statut de performance
 ECOG 0 1 2 3 4

Résumé de l'essai antérieur d'imatinib ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

IMATINIB	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____
	Précisez : _____	au _____

5 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

Réponse hématologique

Oui ▶ Éléments de la réponse hématologique observée : _____
 Non ▶ Bénéfice clinique escompté avec la poursuite de ce traitement : _____

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

