

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Régorafenib (Stivarga^{MC}) – Carcinome hépatocellulaire réfractaire au sorafenib

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

4 - Renseignements cliniques – Demande initiale

Indication thérapeutique <input type="checkbox"/> Carcinome hépatocellulaire réfractaire au sorafenib <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Renseignements relatifs au sorafenib <input type="checkbox"/> La personne a toléré un traitement antérieur avec sorafenib, défini par l'administration d'une dose supérieure ou égale à 400 mg par jour pendant au moins 20 des 28 derniers jours précédant l'arrêt du sorafenib <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Stade des dommages hépatiques Child-Pugh <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Valeur ACTUELLE du statut de performance ECOG <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Administration du régorafenib <input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> 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.

Régorafenib (Stivarga^{MC}) – Carcinome hépatocellulaire réfractaire au sorafenib (suite)

5 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

Effet clinique bénéfique observé

Date de début du traitement ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

Absence de progression de la maladie

Autre. Précisez : _____

Confirmation par imagerie

Réponse au traitement **confirmée** par imagerie

• Date de la dernière imagerie ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

Réponse au traitement **NON confirmée** par imagerie

• Date de la prochaine imagerie ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

• Raison ayant empêché de procéder à une 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
Case postale 6600
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.