

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.		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT SORAFENIB	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 poursuite du traitement
 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques – Demande initiale

Diagnostic

Carcinome hépatocellulaire à un stade avancé

Autre. Précisez : _____

Stade des dommages hépatiques

Child-Pugh A B C

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

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

Chirurgie	<input type="checkbox"/> Progression	<input type="checkbox"/> N'est pas admissible	<input type="checkbox"/> Autre
	Précisez : _____		
Thérapie locorégionale	<input type="checkbox"/> Progression	<input type="checkbox"/> N'est pas admissible	<input type="checkbox"/> Autre
Nom : _____	Précisez : _____		
Lenvatinib	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Autre
	Précisez : _____		du _____
			au _____
Autre	Précisez : _____		
Nom : _____			

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.

Sorafenib (Nexavar^{MC}) – Carcinome hépatocellulaire à un stade avancé (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
| | |

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.

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