

**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 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.

