

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Nétupitant/palonosétron (chlorhydrate de) (Akynzeo<sup>MC</sup>) – Nausées et vomissements induits par la chimiothérapie hautement émétisante

#### 1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>
--

#### 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> <b>OU</b> <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 <b>QUÉBEC</b>
	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT <b>NÉTUPITANT/PALONOSÉTRON (CHLORHYDRATE DE)</b>	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 <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU ANNÉE MOIS JOUR

#### 4 - Renseignements cliniques

**Indication thérapeutique**

Prévention des nausées et vomissements durant la **première** journée d'un traitement de chimiothérapie

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration du nétupitant/palonosétron**

En association avec la dexaméthasone

En monothérapie (seul). Précisez : \_\_\_\_\_

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Traitement de chimiothérapie prévu**

• Type de cancer : \_\_\_\_\_

• Protocole de chimiothérapie : \_\_\_\_\_

• Date de début du traitement ▶ ANNÉE MOIS JOUR

• Nombre de cycles prévus et fréquence d'administration : \_\_\_\_\_

• Potentiel émétisant :  Élevé (> 90%)     Moyen (31-90%)     Faible (<30%) : \_\_\_\_\_

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

