

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Apalutamide (Erleada^{MC}), Darolutamide (Nubeqa^{MC}), Enzalutamide (Xtandi^{MC})
— Cancer de la prostate non métastatique résistant à la castration

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 - Médicaments visés par la demande

<input type="checkbox"/> APALUTAMIDE	<input type="checkbox"/> DAROLUTAMIDE	<input type="checkbox"/> ENZALUTAMIDE
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

<input type="checkbox"/> Demande initiale Complétez les sections 4- 6- 7	<input type="checkbox"/> Demande de renouvellement d'une autorisation Complétez les sections 5- 6- 7
--	--

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Cancer de la prostate non métastatique résistant à la castration	
<input type="checkbox"/> À risque élevé ¹ de développer des métastases à distance malgré un traitement de privation androgénique	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
<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

1 Le risque élevé est défini par un temps de doublement de l'APS ≤ 10 mois.

5 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

Effet clinique bénéfique observé	
Date de début du traitement ▶	ANNÉE MOIS JOUR
<input type="checkbox"/> Absence de progression de la maladie	
<input type="checkbox"/> Autre. 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.

**Apalutamide (Erleada^{MC}), Darolutamide (Nubeqa^{MC}), Enzalutamide (Xtandi^{MC})
— Cancer de la prostate non métastatique résistant à la castration (suite)**

6 - Renseignements complémentaires (facultatifs)

[Empty box for additional information]

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.