

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Trifluridine/tipiracil (chlorhydrate de) (Lonsurf^{MC})
— Cancer colorectal métastatique

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	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		
<i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i>	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	MUNICIPALITÉ	PROVINCE QUÉBEC	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT TRIFLURIDINE/TIPIRACIL (CHLORHYDRATE DE)	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Cancer colorectal métastatique

Autre. Précisez : _____

Présence d'une mutation sur le gène RAS

Oui

Non

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

Administration du trifluridine/tipiracil (chlorhydrate de)

En MONOTHÉRAPIE

Autrement. Précisez : _____

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

TRAITEMENT	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON-UTILISATION	PÉRIODE D'ESSAI (s'il y a lieu)
Chimiothérapie à base d'irinotécan et d'une fluoropyrimidine	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-Indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____
<input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____	Précisez : _____	au _____
<input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement		

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.

Trifluridine/tipiracil (chlorhydrate de) (Lonsurf^{MC}) — Cancer colorectal métastatique (suite)

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)		
TRAITEMENT	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON-UTILISATION	PÉRIODE D'ESSAI (s'il y a lieu)
Chimiothérapie à base d'oxaliplatine et d'une fluoropyrimidine <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____ <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-Indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Traitement incluant le bevacizumab <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____ <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-Indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Traitement incluant le panitumumab ou le cetuximab (gène RAS non muté) <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____ <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-Indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-Indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

5 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

Administration du trifluridine/tipiracil (chlorhydrate de)

En MONOTHÉRAPIE

Autrement. Précisez : _____

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.