

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Cabozantinib (Cabometyx<sup>MC</sup>) – Adénocarcinome rénal localement avancé ou 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.	

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b> _____ <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 _____ ADRESSE NUMÉRO _____ RUE _____ MUNICIPALITÉ _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____	DATE DE NAISSANCE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ APP. _____
---	--	--

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT CABOZANTINIB	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 _____

#### 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**

Adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique  
 Présence de cellules claires  
 Présence de cellules non claires  
 Autre. Précisez : \_\_\_\_\_  
 Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration du cabozantinib**

En monothérapie  
 Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

**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)

Pazopanib (Votrient <sup>MC</sup> ) Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Le cancer a progressé malgré son administration <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Sunitinib (Sutent <sup>MC</sup> ) Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Le cancer a progressé malgré son administration <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____

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.

## Cabozantinib (Cabometyx<sup>MC</sup>) – Adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique (suite)

### 4 - Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)

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

Autre traitement

Nom : \_\_\_\_\_

Le cancer a progressé malgré son administration

du \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

au \_\_\_\_\_

Autre traitement

Nom : \_\_\_\_\_

Le cancer a progressé malgré son administration

du \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

au \_\_\_\_\_

### 5 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

#### Administration du cabozantinib

En monothérapie

Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

#### Effet clinique bénéfique observé

Date de début de 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.