

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Cabozantinib (Cabometyx^{MC}) – 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.	

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

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	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

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