

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Vénétoclax (Venclexta<sup>MC</sup>) – Leucémie lymphoïde chronique Monothérapie après 6 cycles de vénétoclax – rituximab

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

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT VÉNÉTOCLAX	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.	

#### Type de demande

**Demande initiale** Complétez les sections 4- 6- 7
  **Demande de renouvellement d'une autorisation** Complétez les sections 5- 6- 7

#### 4 - Renseignements cliniques – Demande initiale

**Diagnostic ou contexte clinique**

Traitement de la leucémie lymphoïde chronique

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Traitement préalable reçu en établissement**

Combinaison de vénétoclax + rituximab

- 6 cycles reçus :  Oui  Non
- Absence de progression :  Oui  Non

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration du vénétoclax**

En monothérapie

Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

#### 5 - Renseignements cliniques – Demande de renouvellement d'une autorisation

**Administration du vénétoclax**

En monothérapie

Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

**Effet clinique bénéfique observé**

Date de début de traitement ► ANNÉE MOIS JOUR

Absence de progression de la maladie

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.

