

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT
Palbociclib (Ibrance^{MC}) — Cancer du sein avancé ou métastatique,
en association avec le fulvestrant

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

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT PALBOCICLIB	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	ANNÉE MOIS JOUR

Type de demande

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

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Diagnostic

Cancer du sein **avancé** ou **métastatique**

- Récepteurs hormonaux Positif Négatif
- Récepteurs HER2 Positif Négatif

Autre. Précisez : _____

Administration du palbociclib

En association avec le **fulvestrant**

Autrement. Précisez : _____

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

Résumé des essais antérieurs

• **Traitement endocrinien et évolution du cancer du sein**

Progression du cancer durant un traitement **endocrinien adjuvant**

Progression du cancer **dans les 12 mois suivant l'arrêt d'un traitement endocrinien adjuvant**

Progression du cancer du sein **métastatique** durant un traitement **endocrinien**

Autre. Précisez : _____

• **Inhibiteur CDK 4/6 pour le traitement du cancer du sein**

Aucun essai antérieur

Cessé en raison d'une inefficacité

Autre raison. Précisez : _____

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

