

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Fulvestrant (Faslodex^{MC}) — Cancer du sein avancé, localement avancé non résécable
ou métastatique, en association avec le palbociclib ou le ribociclib

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 QUÉBEC	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT FULVESTRANT	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"/> OU	

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

Cancer du sein avancé, localement avancé non résécable ou métastatique

Autre. Précisez : _____

Administration du fulvestrant

En association avec le **palbociclib**, selon l'indication reconnue pour le palbociclib¹

En association avec le **ribociclib**, selon l'indication reconnue pour le ribociclib²

Autrement. Précisez : _____

1 Au besoin, veuillez vous référer à l'indication reconnue pour le paiement du palbociclib (annexe IV de la Liste des médicaments)

2 Au besoin, veuillez vous référer à l'indication reconnue pour le paiement du ribociclib (annexe IV de la Liste des médicaments)

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

Administration du fulvestrant

En association avec le **palbociclib**

En association avec le **ribociclib**

Autrement. Précisez : _____

Effet clinique bénéfique observé

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.

