

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Ribociclib (succinate de) (Kisqali^{MC}) — Cancer du sein localement avancé non résécable 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.
	QUÉBEC		

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
RIBOCICLIB (SUCCINATE DE)			
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.
			ANNÉE
			MOIS
			JOUR

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 **localement avancé non résécable** ou **métastatique**

- Récepteurs hormonaux Positif Négatif
- Récepteurs HER2 Positif Négatif
- Femme **ménopausée** Oui Non. Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

Administration du ribociclib

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**
 - Cancer **nouvellement diagnostiqué**
 - Progression du cancer **durant un traitement endocrinien** ou **à la suite de celui-ci**
 - 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.

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

Ribociclib (succinate de) (Kisqali^{MC}) — Cancer du sein localement avancé non résecable ou métastatique, en association avec le fulvestrant (suite)

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

Administration du ribociclib

En association avec le **fulvestrant**

Autrement. Précisez : _____

Effet clinique bénéfique observé

Absence de progression de la maladie

Autre. Précisez : _____

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.