

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Axitinib (Inlyta<sup>MC</sup>) — Adénocarcinome rénal localement avancé non résecable ou métastatique

#### 1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>
--

#### 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		DATE DE NAISSANCE	
		ANNÉE	MOIS JOUR
ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
MUNICIPALITÉ	PROVINCE <b>QUÉBEC</b>	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT <b>AXITINIB</b>	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.
	ANNÉE	MOIS	JOUR

**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

<p><b>Diagnostic</b></p> <p><input type="checkbox"/> Adénocarcinome rénal localement avancé non résecable</p> <p><input type="checkbox"/> Adénocarcinome rénal métastatique</p> <p><input type="checkbox"/> Autre. Précisez: _____</p>
<p><b>Caractéristique de la tumeur</b></p> <p><input type="checkbox"/> Présence de cellules claires</p> <p><input type="checkbox"/> Présence de cellules non claires</p>
<p><b>Administration de l'axitinib</b></p> <p><input type="checkbox"/> En monothérapie à la suite de l'association <b>pembrolizumab et axitinib</b></p> <p><input type="checkbox"/> En monothérapie en traitement de deuxième intention</p> <p><input type="checkbox"/> Autrement. Précisez: _____</p>
<p><b>Valeur ACTUELLE du statut de performance</b></p> <p>ECOG    <input type="checkbox"/> 0    <input type="checkbox"/> 1    <input type="checkbox"/> 2    <input type="checkbox"/> 3    <input type="checkbox"/> 4</p>

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.

## Axitinib (Inlyta<sup>MC</sup>) — Adénocarcinome rénal localement avancé non résecable ou métastatique (suite)

### 4 - Renseignements cliniques (suite)

**Résumé des essais antérieurs ou contre-indications** ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

Pembrolizumab (Keytruda <sup>MC</sup> ) + Axitinib (Inlyta <sup>MC</sup> )	<ul style="list-style-type: none"><li>Administration en milieu hospitalier</li><li><input type="checkbox"/> Association reçue durant 24 mois</li><li><input type="checkbox"/> Pembrolizumab a dû être cessé en raison d'une intolérance sérieuse</li><li>Précisez : _____</li><li><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</li></ul>	du _____ au _____
Pazopanib (Votrient <sup>MC</sup> ) Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Sunitinib (Sutent <sup>MC</sup> ) Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre agent Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre agent Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

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

#### Administration de l'axitinib

- En monothérapie  
 Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

#### Effet clinique bénéfique observé

Date de début du 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.