

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Trifluridine/tipiracil (chlorhydrate de) (Lonsurf^{MC}) — Adénocarcinome gastrique
ou de la jonction gastro-œsophagienne à un stade métastatique

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

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT TRIFLURIDINE/TIPIRACIL (CHLORHYDRATE DE)	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	

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 - Demande initiale

Diagnostic

Adénocarcinome gastrique ou de la jonction gastro-œsophagienne à un stade métastatique

Autre. Précisez : _____

Statut HER2

Positif

Négatif

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

Administration du trifluridine/tipiracil (chlorhydrate de)

En MONOTHÉRAPIE

Autrement. Précisez : _____

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

TRAITEMENT REÇU AU STADE AVANCÉ	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON-UTILISATION	PÉRIODE D'ESSAI (s'il y a lieu)
Protocole : _____	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-Indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____
_____	Précisez : _____	au _____

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.

Trifluridine/tipiracil (chlorhydrate de) (Lonsur^{MC}) — Adénocarcinome gastrique ou de la jonction gastro-œsophagienne à un stade métastatique (suite)

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

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

TRAITEMENT REÇU AU STADE AVANCÉ	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON-UTILISATION	PÉRIODE D'ESSAI (s'il y a lieu)
Protocole : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-Indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Thérapie ciblant les récepteurs HER2 (statut HER2 positif) <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____ <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-Indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-Indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

5 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

Administration du trifluridine/tipiracil (chlorhydrate de)

En MONOTHÉRAPIE

Autrement. Précisez : _____

Effet clinique bénéfique observé

Date de début du traitement ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR
_____	_____	_____

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.