

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Crizotinib (Xalkori<sup>MC</sup>) — Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé ou métastatique présentant un réarrangement du gène ALK

#### 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.	

<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    CODE POSTAL    NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.    QUÉBEC    IND. RÉG.
--	---

#### 3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT CRIZOTINIB	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"/> <b>OU</b>	

#### 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

**Diagnostic ou contexte clinique**

Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé ou métastatique présentant un réarrangement du gène ALK  
 Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration du crizotinib**

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

**Valeur ACTUELLE du statut de performance**

ECOG     0     1     2     3     4

**Traitement pharmacologique**

De première intention  
 De deuxième intention ou plus

Résumé de l'essai antérieur à base d'un sel de platine en 1 <sup>ère</sup> intention ou contre-indications	
Protocole administré : _____	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON ADMINISTRATION <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____

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.

