

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Crizotinib (Xalkori^{MC}) ou Entrectinib (Rozlytrek^{MC}) — Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé ou métastatique présentant un réarrangement du gène ROS1

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
		QUÉBEC	
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicament visé par la demande

<input type="checkbox"/> CRIZOTINIB	<input type="checkbox"/> ENTRECTINIB	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 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 ROS1

Autre. Précisez : _____

Administration

En monothérapie

Autrement. Précisez : _____

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

La personne a présenté un échec avec un inhibiteur de la tyrosine kinase ROS1 pour le traitement du cancer du poumon

Oui. Précisez : _____

Non

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.

**Crizotinib (Xalkori^{MC}) ou Entrectinib (Rozlytrek^{MC}) — Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC)
localement avancé ou métastatique présentant un réarrangement du gène ROS1 (suite)**

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

Effet clinique bénéfique observé

Date de début du traitement ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR

Absence de progression de la maladie

Autre. Précisez : _____

Confirmation de la réponse au traitement

Réponse au traitement **confirmée** par imagerie

Date de la dernière imagerie ▶

ANNÉE	MOIS	JOUR

Réponse au traitement **non confirmée** par imagerie

Raison empêchant de procéder à l'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
C. P. 6600, succ. Terminus
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.