

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Apalutamide (Erleada^{MC}) ou Enzalutamide (Xtandi^{MC}) — Cancer de la prostate métastatique sensible à la castration

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"/> APALUTAMIDE	<input type="checkbox"/> ENZALUTAMIDE	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 – Demande initiale

Diagnostic ou contexte clinique

Cancer de la prostate **métastatique sensible** à la castration

Autre. Précisez : _____

Administration

En association avec une thérapie de privation androgénique (TPA)

Autrement. Précisez : _____

Durée d'une TPA antérieure

La personne n'a pas reçu de TPA pendant plus de 3 ans pour le traitement d'un cancer de la prostate **localisé**

La personne n'a pas reçu de TPA pendant plus de 6 mois pour le traitement d'un cancer de la prostate **métastatique**

La personne n'a pas reçu de TPA jusqu'à maintenant

Autre situation. Précisez : _____

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

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.

Apalutamide (Erleada^{MC}) ou Enzalutamide (Xtandi^{MC}) — Cancer de la prostate métastatique sensible à la castration (suite)

4 - Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)

Résumé des essais antérieurs ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

<input type="checkbox"/> Abiratérone	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Apalutamide	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Darolutamide	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Enzalutamide	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	<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

Diagnostic ou contexte clinique

- Cancer de la prostate **métastatique sensible** à la castration
 Autre. Précisez : _____

Administration

- En association avec une thérapie de privation androgénique (TPA)
 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
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.