

**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 QUÉBEC	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

**3 - Médicament visé par la demande**

NOM DU MÉDICAMENT CABOZANTINIB	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"/> OU	

**Type de demande**

**Demande initiale**       **Demande de renouvellement d'une autorisation**  
 Complétez les sections 4- 6- 7      Complétez les sections 5- 6- 7

**4 - Renseignements cliniques – Demande initiale**

**Diagnostic ou contexte clinique**  
 Carcinome hépatocellulaire non résécable  
 Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration du cabozantinib**  
 En monothérapie  
 Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

**Stade des dommages hépatiques**  
 Child-Pugh  A  B  C

**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.

## Cabozantinib (Cabometyx<sup>MC</sup>) — Carcinome hépatocellulaire non résecable (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)

Aucun traitement

Thérapies systémiques pour le traitement du carcinome hépatocellulaire

Inhibiteur de la tyrosine kinase Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
---	--	----------------------

Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
-------------	--	----------------------

Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
-------------	--	----------------------

Autres thérapies systémiques

Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
-------------	--	----------------------

Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
-------------	--	----------------------

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

#### Diagnostic ou contexte clinique

Carcinome hépatocellulaire non résecable

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

#### Administration du cabozantinib

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  
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.