

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Vénétoclax (Venclexta^{MC}) – Leucémie lymphoïde chronique Monothérapie après 6 cycles de vénétoclax-obinutuzumab

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 ADRESSE NUMÉRO RUE MUNICIPALITÉ	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR APP. PROVINCE QUÉBEC CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
--	--	--

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT VÉNÉTOCLAX	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 <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU ANNÉE MOIS JOUR

4 - Renseignements cliniques

Diagnostic ou contexte clinique

Traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique

Autre. Précisez : _____

Traitement préalable reçu en établissement

Combinaison de vénétoclax + obinutuzumab

• 6 cycles reçus : Oui Non

• Absence de progression : Oui Non

Autre. Précisez : _____

Administration du vénétoclax

En monothérapie

Autrement. Précisez : _____

5 - 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.

6 - 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.