

IMPORTANT

Ce formulaire doit être rempli par le (la) professionnel(le) autorisé(e) à prescrire.

1. IDENTIFICATION

ASSURÉ(E)				PATIENT(E) (si autre que l'assuré(e))			
Nom		Prénom		Nom		Prénom	
N° de client à la CCQ		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Lien avec assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant			
N°	Rue	N° d'appartement		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)			
Ville		Province		Cette demande a-t-elle fait l'objet d'une analyse auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou d'un autre assureur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Code postal	N° de téléphone (1)	N° de téléphone (2)		Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande.			

2. PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

Nom		Prénom		Spécialité	N° de permis
N°	Rue	N° de bureau		Ville	
Province	Code postal	N° de téléphone		Courriel	

3. MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE

Nom du médicament ALECTINIB (CHLORHYDRATE D')		Forme pharmaceutique	Teneur	Posologie
Durée prévue du traitement	du (AAAA-MM-JJ)	au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée <input type="checkbox"/>		Si la personne est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé (AAAA-MM-JJ).
Type de demande <input type="checkbox"/> Demande initiale (Remplissez les sections 4-6-7) <input type="checkbox"/> Demande de poursuite du traitement (Remplissez les sections 5-6-7)				

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic
<input type="checkbox"/> Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) <input type="checkbox"/> Localement avancé non résécable <input type="checkbox"/> Métastatique <input type="checkbox"/> Autre stade. Précisez : _____
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
La tumeur présente un réarrangement du gène ALK
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Administration de l'alectinib (chlorhydrate d')
<input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____
Valeur ACTUELLE du statut de performance
ECOG <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE (SUITE)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

<input type="checkbox"/> Aucune utilisation antérieure d'un inhibiteur du réarrangement du gène ALK		
<input type="checkbox"/> Crizotinib	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Précisez : _____		
<input type="checkbox"/> Autre inhibiteur du réarrangement du gène ALK	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Précisez : _____		
Nom : _____		

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Administration de l'alectinib (chlorhydrate d')

<input type="checkbox"/> En monothérapie
<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____

Effet clinique bénéfique observé

Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ)

<input type="checkbox"/> Absence de progression de la maladie
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

Confirmation par imagerie (EXCLUSIVEMENT si essai antérieur du crizotinib)

<input type="checkbox"/> Réponse au traitement confirmée par imagerie	Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ)	
<input type="checkbox"/> Réponse au traitement NON confirmée par imagerie	Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ)	Raison empêchant de procéder à l'imagerie

6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

Le présent formulaire respecte la liberté du (de la) professionnel(le) autorisé(e) de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du (de la) pharmacien(ne) d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements pour fins d'autorisation de paiement.

Retournez le présent formulaire :

- Par Internet : Dans MÉDIC en ligne, à sel.ccq.org (si transmis par l'assuré(e))
- Par télécopieur : **514 341-4451**
- Par la poste : MÉDIC Construction, C. P. 2212, succursale Chabanel, Montréal (Québec) H2N 0B8