

**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 ?<br><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<br><b>CÉRITINIB</b> |  | Forme pharmaceutique                                                      |  | Teneur                                                                                      |  | Posologie                                                                           |  |
| Durée prévue du traitement            |  | du (AAAA-MM-JJ)                                                           |  | au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée                                                        |  | 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 OU CHANGEMENT DU TRAITEMENT

|                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 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                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| Administration du céritinib                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> En monothérapie                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |

#### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE OU CHANGEMENT DU TRAITEMENT (SUITE)

Résumé de l'essai antérieur

|            |                                                                           |
|------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Crizotinib | RAISON DE L'ARRÊT                                                         |
|            | <input type="checkbox"/> Le cancer a progressé malgré son administration. |
|            | <input type="checkbox"/> Intolérance. Précisez : _____                    |
|            | <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____                          |

#### 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Effet clinique bénéfique observé

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

Absence de progression

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

Confirmation par imagerie

Réponse au traitement **confirmée** par imagerie

Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ)

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](http://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