

**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 <b>ÉVÉROLIMUS</b>		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"/> Tumeur neuroendocrine du tube digestif							
<input type="checkbox"/> Tumeur neuroendocrine du poumon							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Précisions sur la tumeur (veuillez répondre à chacune des 3 caractéristiques suivantes)							
1- <input type="checkbox"/> Non fonctionnelle		<input type="checkbox"/> Fonctionnelle					
2- <input type="checkbox"/> Bien différenciée		<input type="checkbox"/> Modérément différenciée		<input type="checkbox"/> Peu différenciée			
3- <input type="checkbox"/> NON résécable		<input type="checkbox"/> Résécable					
Stade							
<input type="checkbox"/> Avancé ou métastatique							
<input type="checkbox"/> Autre. 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							
Renseignement médical requis							
Cancer a progressé au cours des 6 mois précédents							
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____							

## 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Réponse au traitement

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 ayant empêché de procéder à une 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