

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 OSIMERTINIB		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

Indication thérapeutique							
<input type="checkbox"/> Traitement adjuvant d'un cancer du poumon non à petites cellules							
<input type="checkbox"/> exprimant une délétion dans l'exon 19 de l'EGFR							
<input type="checkbox"/> exprimant un mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) de l'EGFR							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Stade du cancer							
<input type="checkbox"/> De stade pathologique IB à IIIA selon la 7 ^e édition de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC)							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Résection du cancer							
<input type="checkbox"/> Résection complète réalisée dans les 26 semaines précédentes pour les personnes ayant reçu une chimiothérapie							
<input type="checkbox"/> Résection complète réalisée dans les 10 semaines précédentes pour celles n'en ayant pas reçu							
<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							

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Effet bénéfique clinique observé

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

Absence de récurrence de la maladie

Autre. Précisez : _____

Confirmation de la réponse au traitement

Réponse au traitement **confirmée** par imagerie

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

Réponse au traitement **NON confirmée** par imagerie

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