

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 Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande.			
Code postal	N° de téléphone (1)		N° de téléphone (2)					

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 PALBOCICLIB		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 sein avancé ou métastatique		Récepteurs hormonaux <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif					
		Récepteur HER2 <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif					
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Administration du palbociclib							
<input type="checkbox"/> En association avec le fulvestrant							
<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							
Résumé des essais antérieurs							
Traitement endocrinien et évolution du cancer du sein							
<input type="checkbox"/> Progression du cancer durant un traitement endocrinien adjuvant							
<input type="checkbox"/> Progression du cancer dans les 12 mois suivant l'arrêt d'un traitement endocrinien adjuvant							
<input type="checkbox"/> Progression du cancer du sein métastatique durant un traitement endocrinien							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE (SUITE)

Inhibiteur CDK 4/6 pour le traitement du cancer du sein

- Aucun essai antérieur
- Cessé en raison d'une inefficacité
- Autre raison. Précisez : _____

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

Administration du palbociclib

- En association avec le **fulvestrant**
- Autrement. Précisez : _____

Effet clinique bénéfique observé

- Absence de progression de la maladie
- Autre. Précisez : _____

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