

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 TRIFLURIDINE/TIPIRACIL (CHLORHYDRATE DE)		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 colorectal métastatique							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Présence d'une mutation sur le gène RAS							
<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 trifluridine/tipiracil (chlorhydrate de)							
<input type="checkbox"/> En MONOTHÉRAPIE							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							

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)

TRAITEMENT	RAISON DE L'ARRÊT OU DE LA NON-UTILISATION	PÉRIODE D'ESSAI (s'il y a lieu)
Chimiothérapie à base d'irinotécan et d'une fluoropyrimidine <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____ <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Chimiothérapie à base d'oxaliplatine et d'une fluoropyrimidine <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____ <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Traitement incluant le bevacizumab <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____ <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Traitement incluant le panitumumab ou le cetuximab (gène RAS non muté) <input type="checkbox"/> Traitement reçu : _____ <input type="checkbox"/> N'a jamais reçu ce traitement	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Administration du trifluridine/tipiracil (chlorhydrate de)

<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		
<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 prochaine 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 (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