

**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>LÉNALIDOMIDE</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

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Indication thérapeutique   |  | La personne est candidate à la greffe de cellules souches <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non     |  |
| <input type="checkbox"/> Première intention du myélome multiple symptomatique  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Deuxième intention ou plus du myélome multiple réfractaire et récidivant  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Poursuite du traitement du myélome multiple récidivant après 18 cycles de carfilzomib, lénalidomide et dexaméthasone combinés |  | La maladie a progressé pendant ou à la suite de ce traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  |
|  |  | Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ)  |  |
|  |  | Nombre de cycles complétés  |  |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____   |  |   |  |

#### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE (SUITE)

Administration de la lénalidomide

Lénalidomide associée UNIQUEMENT avec la dexaméthasone

- Oui
- Non. Précisez avec quels médicaments la lénalidomide sera associée :
- Bortézomib + dexaméthasone
- Carfilzomib<sup>1</sup> + dexaméthasone
- Aucun
- Autres médicaments. Précisez : \_\_\_\_\_

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG  0  1  2  3  4

<sup>1</sup> Lénalidomide administrée en association avec le carfilzomib et la dexaméthasone doit être fournie par l'établissement qui offre des services en oncologie.

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

Administration de la lénalidomide

Lénalidomide associée UNIQUEMENT avec la dexaméthasone

- Oui
- Non. Précisez le protocole administré ACTUELLEMENT : \_\_\_\_\_

Démonstration de l'effet clinique bénéfique

- Absence de progression de la maladie définie par les critères de l'**International Myeloma Working Group**
- 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](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