

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 RIBOCICLIB		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 renouvellement d'une autorisation (Remplissez les sections 5-6-7)							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Cancer du sein localement avancé non résécable 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 : _____	Femme ménopausée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____
	Femme en préménopause ou en périménopause qui reçoit un agoniste de l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (LHRH) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____
Administration du ribociclib	
<input type="checkbox"/> En association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien	
<input type="checkbox"/> Comme thérapie endocrinienne initiale du cancer du sein au stade localement avancé non résécable ou métastatique	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
<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	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE (SUITE)

Précision des essais antérieurs

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

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

Précision sur le traitement endocrinien

La personne a présenté une résistance¹ à un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien administré dans le contexte **néoadjuvant** ou **adjuvant** du cancer du sein?

- Oui. Précisez : _____
- Non

¹ La résistance est définie par une progression survenant pendant la prise ou au cours des 12 mois suivant la fin de la prise d'un inhibiteur de l'aromatase.

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

Administration du ribociclib*

- En association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien
- Autrement. Précisez : _____

Effet clinique bénéfique observé

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

* Il est à noter que la combinaison du ribociclib et d'un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien n'est pas autorisée en cas de résistance à un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien administré dans le contexte néoadjuvant ou adjuvant du cancer du sein.

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