

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 ? | | |
| Code postal | N° de téléphone (1) | | N° de téléphone (2) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 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

PAZOPANIB SUNITINIB

| | | | | | |
|---|-----------------|---|--|---|--|
| 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

Adénocarcinome rénal **métastatique**

Présence de **cellules claires**

Présence de cellules **non claires**

Autre. Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

Administration

Comme traitement de **première intention**

À la suite d'un autre traitement. Précisez : _____

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Réponse au traitement

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

Absence de progression de la maladie

Autre. Précisez : _____

Confirmation par imagerie

Réponse au traitement **confirmée** par imagerie

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

Réponse au traitement **NON confirmée** par imagerie

Date de la dernière 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