

**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

<input type="checkbox"/> APALUTAMIDE <input type="checkbox"/> ENZALUTAMIDE		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 ou contexte clinique	
<input type="checkbox"/> Cancer de la prostate <b>métastatique sensible</b> à la castration	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Administration	
<input type="checkbox"/> En association avec une thérapie de privation androgénique (TPA)	
<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____	
Durée d'une TPA antérieure	
<input type="checkbox"/> La personne n'a pas reçu de TPA pendant plus de 3 ans pour le traitement d'un cancer de la prostate <b>localisé</b>	
<input type="checkbox"/> La personne n'a pas reçu de TPA pendant plus de 6 mois pour le traitement d'un cancer de la prostate <b>métastatique</b>	
<input type="checkbox"/> La personne n'a pas reçu de TPA jusqu'à maintenant	
<input type="checkbox"/> Autre situation. 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)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

<input type="checkbox"/> Abiratérone	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Apalutamide	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Darolutamide	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Enzalutamide	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Nom : _____		

#### 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

Diagnostic ou contexte clinique

Cancer de la prostate **métastatique sensible** à la castration  
 Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

Administration

En association avec une thérapie de privation androgénique (TPA)  
 Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

Effet clinique bénéfique observé

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

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](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