

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 Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande. | | | |
| Code postal | N° de téléphone (1) | | N° de téléphone (2) | | | | | |

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 PALBOCICLIB | | 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 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 | | Femme ménopausée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | | | | | | | |
| Administration du palbociclib | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> En association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Comme traitement de 1 ^{re} intention du cancer du sein au stade avancé 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 palbociclib*

- 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 palbociclib 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