

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 OSIMERTINIB		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 poumon non à petites cellules (CPNPC)							
<input type="checkbox"/> Localement avancé, non résécable ou métastatique							
<input type="checkbox"/> Autre stade. Précisez : _____							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Mutation de la tyrosine kinase de l'EGFR							
<input type="checkbox"/> EGFR positif							
<input type="checkbox"/> EGFR négatif							
Administration du osimertinib							
<input type="checkbox"/> Comme traitement de première intention							
<input type="checkbox"/> À la suite d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de l'EGFR							
Présence de la Mutation T790M du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
<input type="checkbox"/> À la suite d'un autre traitement. 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 de l'essai antérieur	
<input type="checkbox"/> Aucun traitement	
Inhibiteurs de la tyrosine kinase de l'EGFR	RAISON DE L'ARRÊT
Afatinib	<input type="checkbox"/> Le cancer a progressé malgré son administration <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
Géfitinib	<input type="checkbox"/> Le cancer a progressé malgré son administration <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
Erlotinib	<input type="checkbox"/> Le cancer a progressé malgré son administration <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____
Autre agent	
Nom	Précisez

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Effet clinique bénéfique observé		
Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ)		
<input type="checkbox"/> Absence de progression de la maladie		
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____		
Confirmation par imagerie		
<input type="checkbox"/> Réponse au traitement confirmée par imagerie	Date (AAAA-MM-JJ)	
<input type="checkbox"/> 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