

**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 <b>IBRUTINIB</b>		Forme pharmaceutique		Teneur		Posologie	
Durée prévue du traitement		du (AAAA-MM-JJ)		au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée		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"/> Traitement de première intention d'une leucémie lymphoïde chronique							
<input type="checkbox"/> Traitement d'une leucémie lymphoïde chronique réfractaire ou récidivante							
<input type="checkbox"/> Autre. 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)

Renseignements requis selon l'intention de traitement

TRAITEMENT DE 1<sup>RE</sup> INTENTION D'UNE LLC

TRAITEMENT D'UNE LLC RÉFRACTAIRE OU RÉCIDIVANTE

		Essai antérieur d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton	
Administration de l'ibrutinib		RÉSULTAT	PÉRIODE D'ESSAI
<input type="checkbox"/> En monothérapie		<input type="checkbox"/> Échec	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Acalabrutinib	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
La personne est présentement SYMPTOMATIQUE		<input type="checkbox"/> Échec	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Autre. Nom : _____	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton administré antérieurement		

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

Effet clinique bénéfique observé avec l'ibrutinib

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