

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

IMATINIB (mésylate d') — Tumeur stromale gastro-intestinale		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 UNIQUEMENT pour un GIST inopérable, récidivant ou métastatique (Remplissez les sections 5-6-7)	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic	
Tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)	
<input type="checkbox"/> Présence du récepteur c-kit (CD117) <input type="checkbox"/> Absence de récepteur c-kit (CD117)	
Indication thérapeutique	
<input type="checkbox"/> Traitement adjuvant d'un GIST, avec récepteur c-kit (CD117), complètement réséqué <input type="checkbox"/> Risque élevé de récurrence <input type="checkbox"/> Risque intermédiaire de récurrence. Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Risque faible de récurrence. Précisez : _____	
<input type="checkbox"/> Traitement d'un GIST, avec récepteur c-kit (CD117), inopérable, récidivant ou métastatique <input type="checkbox"/> Inopérable <input type="checkbox"/> Récidivant La récurrence est apparue pendant un traitement adjuvant avec l'imatinib <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Métastatique	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT GIST INOPÉRABLE, RÉCIDIVANT OU MÉTASTATIQUE

Date de début du traitement avec l'imatinib (AAAA-MM-JJ)

Réponse au traitement

Réponse complète ou partielle Stabilisation de la maladie Progression de la maladie

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 prochaine 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