

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 ACALABRUTINIB | | 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 : _____ | | | | | | | |
| Administration de l'acalabrutinib | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> En monothérapie | | | | | | | |
| <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)

Renseignements requis selon l'intention de traitement

| TRAITEMENT DE 1 ^{RE} INTENTION D'UNE LLC | TRAITEMENT D'UNE LLC RÉFRACTAIRE OU RÉCIDIVANTE | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Poursuite du traitement en monothérapie post traitement combinant l'acalabrutinib et l'obinutuzumab : • 6 cycles reçus : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Absence de progression : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Début du traitement de la LLC avec l'acalabrutinib : • La personne est présentement SYMPTOMATIQUE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Chimiothérapie à base de fludarabine <input type="checkbox"/> La personne n'est PAS ADMISSIBLE à recevoir une chimiothérapie à base de fludarabine Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Une chimiothérapie à base de fludarabine n'est pas indiquée en raison des résultats de la cytogénétique Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | Essai antérieur d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton | | |
| | | RÉSULTAT | PÉRIODE D'ESSAI |
| | <input type="checkbox"/> Ibrutinib | <input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____ | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) |
| | <input type="checkbox"/> Autre Nom : _____ | <input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____ | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) |
| <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'acalabrutinib

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 (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