

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT LENVATINIB (LENVIMAM°)-

CARCINOME HÉPATOCELLULAIRE NON RÉSÉCABLE

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 Da			Date de n	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)			Lien avec assuré(e) Conjoint(e) 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 ?				
Code postal	Code postal N° de te		le téléphone (1)		N° de téléphone (2)			Oui Non Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande.				
2 DDOE	ESSIO	NNEL (LE	\ 	ODICÉ/E	:\ À D	DESCRIPE						
2. PROFESSIONNEL(LE) A		AUT	OTORISE(E) A F		Prénom				Spéc	cialité	N° de permis	
N°	N° Rue		Rue					Nº de bureau		le		
Province		1	Code postal				Nº de	o de téléphone			Courriel	
A MÉDICAMENTA (JOÉ DADI A DEMANDE												
3. MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE Nom du médicament Forme pharmaceutique Teneur Posologie												
Nom du médicament Forme pharmaceutique LENVATINIB						maooatiqao		100000				
Durée prévue du traitement du (AAAA-MM-JJ))	au (AAAA-MM-JJ) ou da			ate in	déterminée Si la personne est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé (AAAA-MM-JJ).				
Type de demande Demande initiale (Remplissez les sections 4-6-7) Demande de poursuite du traitement (Remplissez les sections 5-6-7)												
4. RENS	EIGNE	EMENTS C	CLINIC	QUES - [DEMA	ANDE INITIALE						
Diagnostic												
Carcino	me hépa	atocellulaire n	on réséd	cable								
Autre. P	récisez											
Administration de lenvatinib												
En monothérapie												
Autrement. Précisez :												
Stade de la maladie BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer)												
Stade des dommages hépatiques Child-Pugh												
	ELLE du	statut de perf	ormanc	e								

Resume doe existal stretrieurs ou contre-indications. Au bestoin, reférez à l'indication reconnue pour le palement (Liste des médicaments) Autre Inefficacité Intolérance Autre du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) Préciser :	4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE (SUITE)										
Sorafenib Inefficacité Intolérance Autre du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-J											
Sorafenib Pricisez: Autre Inefficacité Intolérance Autre Pricisez: Pricisez: Pricisez: Pricisez: 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT Administration de lenvatinib Autrement, Pricisez: Pricisez: Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ) Absence de progression de la maladie Autre, Pricisez: Confirmation par imagerie Réponse au traitement confirmée par imagerie Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ) Réponse au traitement confirmée par imagerie Réponse au traitement NON confirmée par imagerie Réponse au traitement NON confirmée par imagerie Réponse au traitement NON confirmée par imagerie 7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL (LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE											
Autre Inefficacite Intolerance Autre Discourse Mary Mary (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)	Sorafenib		Intolérance Autre		du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)						
5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT Administration de lenvatinis En monothérapie Autrement. Précisez : Effect clinique bénéfique observé Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ) Abbence de progression de la maladie Autre. Précisez : Confirmation par imagerie Réponse au traitement NON confirmée par imagerie Réponse au traitement NON confirmée par imagerie 6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS) 7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE	Autre		Intolérance Autre		du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)						
Administration de lenvatinib En monothérapie Autrement, Précisez: Effet du finique bénéfique observé Dete de début du traitement (AAAA-MM-JJ) Autre, Précisez: Confirmation par imagerie Réponse au traitement non confirmée par imagerie Réponse au traitement NON confirmée par imagerie 6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS) 7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE	Précisez :	Précisez :									
Administration de lenvatinib En monothérapie Autrement, Précisez: Effet du finique bénéfique observé Dete de début du traitement (AAAA-MM-JJ) Autre, Précisez: Confirmation par imagerie Réponse au traitement non confirmée par imagerie Réponse au traitement NON confirmée par imagerie 6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS) 7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE	E DENOCIONEMENTO										
En monothérapie Autrement, Précisez : Effet clinique bénéfique observé Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ) Absence de progression de la maladie Autre, Précisez : Confirmation par imagerie Réponse au traitement confirmée par imagerie Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ) Date de la prochaîne imagerie (AAAA-MM-JJ) Raison ayant empêché de procèder à une imagerie 6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS) 7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE		CLINIQUES - POL	JRSUITE DU TRAITEMENT								
Autrement. Précisez : Effet clinique bénéfique observé Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ) Absence de progression de la maladie Autre. Précisez : Confirmation par imagerie Réponse au traitement confirmée par imagerie Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ) Reiponse au traitement NON confirmée par imagerie Oate 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											
Effet clinique bénéfique observé Data de début du traitement (AAAA-MM-JJ) Absence de progression de la maladie Autre. Précisez: Confirmation par imagerie Réponse au traitement confirmée par imagerie Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ) Réponse au traitement NON confirmée par imagerie 6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS) 7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE	·										
Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ) Absence de progression de la maladie Autre. Précisez : Confirmation par imagerie Réponse au traitement confirmée par imagerie Réponse au traitement NON confirmée par imagerie Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ) Response au traitement NON confirmée par imagerie 6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS) 7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE											
Autre. Précisez : Confirmation par imagerie Réponse au traitement 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		A-MM-JJ)									
Autre. Précisez : Confirmation par imagerie Réponse au traitement 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											
Confirmation par imagerie Réponse au traitement 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		a maladie									
Réponse au traitement confirmée par imagerie Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ) Réponse au traitement NON confirmée par imagerie 6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS) 7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE											
Date de la prochaîne 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		Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ)									
6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS) 7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE			Date de la prochaine imagerie (AAAA-MM-JJ) Raison ayant empêché de procéder à une imagerie								
7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE			l l								
	6. RENSEIGNEMENTS	COMPLÉMENTAII	RES (FACULTATIFS)								
Signature Date (AAAA-MM-JJ)	7. SIGNATURE DU (DE L	A) PROFESSIONI	NEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCR	IRE							
Signature Date (AAAA-MM-JJ)											
Signature Date (AAAA-MM-JJ)											
	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