

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 ?		
Code postal	N° de téléphone (1)		N° de téléphone (2)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
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 POMALIDOMIDE		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 poursuite du traitement (Remplissez les sections 5-6-7)			

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Indication thérapeutique							
<input type="checkbox"/> Myélome multiple							
<input type="checkbox"/> Traitement de 3 ^e intention							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Administration de la pomalidomide							
<input type="checkbox"/> En association avec la dexaméthasone							
<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)

Traitements antérieurs		
Pour le traitement de première intention	Raison de l'arrêt ou de la non-utilisation	Durée
<input type="checkbox"/> Greffe de cellules souches <input type="checkbox"/> Thalidomide <input type="checkbox"/> Bortézomib <input type="checkbox"/> Melphalan <input type="checkbox"/> Dexaméthasone Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Pour le traitement de deuxième intention	Raison de l'arrêt ou de la non-utilisation	Durée
<input type="checkbox"/> Greffe de cellules souches <input type="checkbox"/> Thalidomide <input type="checkbox"/> Bortézomib <input type="checkbox"/> Melphalan <input type="checkbox"/> Dexaméthasone <input type="checkbox"/> Lénalidomide Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Autre(s) traitement(s) reçu(s)	Raison de l'arrêt ou de la non-utilisation	Durée
<input type="checkbox"/> Greffe de cellules souches <input type="checkbox"/> Thalidomide <input type="checkbox"/> Bortézomib <input type="checkbox"/> Melphalan <input type="checkbox"/> Dexaméthasone <input type="checkbox"/> Lénalidomide Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)

Parmi les options de traitement, précisez la raison qui empêche l'essai du **bortézomib** et du **lénalidomide** chez la personne

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Administration de la pomalidomide
<input type="checkbox"/> En association avec la dexaméthasone <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Démonstration de l'effet clinique bénéfique
<input type="checkbox"/> Absence de progression de la maladie définie par les critères de l'International Myeloma Working Group <input type="checkbox"/> 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