

**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 ?<br><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<br><b>LAPATINIB</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 poursuite du traitement (Remplissez les sections 5-6-7) |  |   |  |

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

|   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Diagnostic  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Cancer du sein métastatique HER2+  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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 |  |  |  |  |  |  |  |
| Administration du Lapatinib   |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> En association avec la capécitabine  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____  |  |  |  |  |  |  |  |

#### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE (SUITE)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

|                           | Raison de l'arrêt ou de la non utilisation   | Période d'essai (S'il y a lieu) |
|---------------------------|--|---------------------------------|
| Taxane<br>_____           | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre<br>Précisez : _____   | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) |
| Anthracycline<br>_____    | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre<br>Précisez : _____   | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) |
| Trastuzumab<br>_____      | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre<br>Précisez : _____<br><b>RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADMINISTRATION DU TRASTUZUMAB</b><br><input type="checkbox"/> A été administré au stade <b>métastatique</b><br><input type="checkbox"/> A été administré à un autre stade. Précisez : _____ | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) |
| Autre traitement<br>_____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre<br>Précisez : _____   | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) |

#### 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – POURSUITE DU TRAITEMENT

Effet clinique bénéfique observé après plus de 4 mois de traitement avec le lapatinib

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Absence de progression de la maladie              |
| <input type="checkbox"/> Bénéfices sur la qualité de vie. Précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____                           |

#### 6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

|  |
|--|
|  |
|--|

#### 7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

|                    |                            |
|--------------------|----------------------------|
| _____<br>Signature | _____<br>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