

NIRAPARIB (TOSYLATE DE) (ZEJULA^{MC}) - TRAITEMENT D'ENTRETIEN DU CANCER ÉPITHÉLIAL DE L'OVAIRE, DU CANCER DES TROMPES DE FALLOPE OU DU CANCER PÉRITONÉAL PRIMAIRE

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 NIRAPARIB (TOSYLATE DE)		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 renouvellement d'une autorisation (Remplissez les sections 5-6-7)							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic ou contexte clinique							
<input type="checkbox"/> Traitement d'entretien du cancer épithélial de l'ovaire		Cancer de haut grade <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
<input type="checkbox"/> Traitement d'entretien du cancer des trompes de Fallope							
<input type="checkbox"/> Traitement d'entretien du cancer péritonéal primaire							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Stade FIGO				Valeur ACTUELLE du statut de performance			
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV				ECOG <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
Administration du niraparib							
<input type="checkbox"/> En monothérapie							
<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____							

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE (SUITE)

Essais antérieurs de protocoles de chimiothérapie à base d'un sel de platine (selon l'intention thérapeutique visée)			
<input type="checkbox"/> Niraparib en traitement d'entretien à la suite d'une chimiothérapie de 1 ^{re} intention à base d'un sel de platine	Chimiothérapie de 1 ^{re} intention à base d'un sel de platine Précisez : _____	Réponse tumorale objective <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Niraparib en traitement d'entretien après au moins deux chimiothérapies à base d'un sel de platine	Dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine Précisez : _____	Réponse tumorale objective <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
	Avant-dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine Précisez : _____	La maladie a progressé plus de 6 mois suivant la fin de ce protocole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Essai antérieur avec un inhibiteur de la poly (ADP-ribose) polymérase (inhibiteur PARP)			
<input type="checkbox"/> Oui	Nom : _____ Indication : <input type="checkbox"/> Cancer épithélial de l'ovaire, cancer des trompes de Fallope ou cancer péritonéal primaire <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Non			

5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

Administration du niraparib	
<input type="checkbox"/> En monothérapie	<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____
Effet clinique bénéfique observé	
Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/> Absence de progression de la maladie <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Traitement avec le niraparib débuté depuis au moins 36 mois (si traitement d'entretien à la suite d'une chimiothérapie de 1 ^{re} intention à base d'un sel de platine)	
Réponse au traitement	
<input type="checkbox"/> Réponse complète (absence de signes cliniques et radiologiques de la maladie, accompagnée d'un taux normal de CA-125)	
<input type="checkbox"/> Pas de réponse complète, mais absence de progression de la maladie	
<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