

ABÉMACICLIB (VERZENIO^{MC}) - TRAITEMENT ADJUVANT DU CANCER DU SEIN PRÉCOCE, POSITIF POUR LES RÉCEPTEURS HORMONAUX ET NE SUREXPRESSANT PAS LE RÉCEPTEUR HER2

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 ABÉMACICLIB		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).	

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Traitement adjuvant du cancer du sein précoce, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2	Récepteurs hormonaux <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif
	Récepteur HER2 <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif
	Cancer complètement réséqué <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____ Date de la chirurgie définitive (AAAA-MM-JJ) : _____
	Traitement de radiothérapie et de chimiothérapie terminé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____
	Pourcentage de cellules tumorales exprimant le Ki-67 est d'au moins 20% <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Précisez le pourcentage : _____
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Administration de l'abémaciclib ¹	
<input type="checkbox"/> En association avec une hormonothérapie. Date de début du traitement d'hormonothérapie (AAAA-MM-JJ) : _____	
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
<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	

¹ L'abémaciclib doit être amorcé au cours des 16 mois suivant la chirurgie définitive et pas plus de 12 semaines après le début d'une hormonothérapie.

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE (SUITE)

Précision sur l'atteinte

Atteinte des ganglions

- Atteinte de 1 à 3 ganglions axillaires ipsilatéraux combinée à une maladie de grade 3 ou à une tumeur primaire d'au moins 5 cm;
- Atteinte de 4 ganglions axillaires ipsilatéraux ou plus;
- Autre. Précisez : _____

5. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

6. 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