



Formulaire pour médicaments en autorisation préalable
Palbociclib (Ibrance^{MD}) / Cancer du sein avancé ou métastatique

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Section 1 : Renseignement sur l'adhérent et le patient			
Nom de l'adhérent	Police / certificat	Nom de l'employeur	
Nom du patient	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	N° de téléphone	
Adresse (n° et rue)	Ville	Province	Code postal

Section 2 : Autres contrats d'assurance médicament			
Possédez-vous une autre assurance médicaments?	☐ Oui	☐ Non	
Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :			
De quel type de régime s'agit-il ?	☐ Privé	☐ Public	
Avez-vous fait une réclamation pour ce médicament chez cet autre assureur ?	☐ Oui	☐ Non	
Quel est le statut de la réclamation?	☐ Accepté	☐ Refusé	☐ À l'étude
Avez-vous eu à remplir une demande d'autorisation préalable chez cet assureur?	☐ Oui	☐ Non	
Quel est le statut de la demande d'autorisation préalable?	☐ Accepté	☐ Refusé	☐ À l'étude
<i>Veuillez joindre les documents d'acceptation ou de refus si applicable</i>			

Section 3 : Autorisation à la communication de renseignements personnels	
Je certifie que les renseignements faisant l'objet de la présente demande d'autorisation de paiement sont complets, exacts et véridiques. J'autorise les médecins et autres professionnels de la santé, les établissements médicaux, paramédicaux ou cliniques, les coordonnateurs de soins, les fournisseurs du réseau de pharmacies privilégiées de SSQ (hors Québec seulement) et tout organisme public ou parapublic, incluant entre autre la Régie de l'assurance médicament du Québec, à communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie inc. (« SSQ ») tout renseignement personnel pertinent me concernant incluant notamment toute information médicale et toute opinion médicale en lien avec le traitement de la présente demande d'autorisation de paiement. Par le fait même, je les relève de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer à SSQ les renseignements demandés. De plus, j'autorise SSQ à communiquer aux tiers précédemment énoncés tout renseignement personnel pertinent me concernant incluant notamment toute information médicale et toute opinion médicale en lien avec le traitement de la présente demande d'autorisation de paiement. Les photocopies de la présente ont la même valeur que l'original. Signature du patient (parent/tuteur légal) _____ Date <u>AAAA-MM-JJ</u>	

Veuillez nous retourner le présent formulaire par la poste ou par télécopieur au 1 855 453-3942. Téléphone : 418 651-2588/1 800 380-2588 – Télécopieur : 1 855 453-3942 Adresse postale : 2525 Boulevard Laurier, Case postale 10500 Québec, QC G1V 4H6 ssq.ca
--

DÉCLARATION DU PRESCRIPTEUR

Section 4 : Renseignements sur le prescripteur		
Nom du prescripteur	Spécialité	N° de permis
N° de téléphone		N° de télécopieur
Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts : _____ AAAA-MM-JJ Signature du prescripteur Date		

Section 5 : Médicament visé par la demande			
Nom du médicament	Forme pharmaceutique	teneur	Posologie Dose : _____ Fréquence d'administration : _____
Type de demande	☐ Demande initiale Complétez la section 6		
	☐ Poursuite du traitement Complétez la section 7 Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ		

IMPORTANT : Veuillez ne fournir aucun résultat de test génétique
--

Section 6 – Renseignements cliniques (Demande initiale)
Diagnostic ☐ Cancer du sein avancé ou métastatique conformément à l'indication approuvée par Santé Canada À titre informatif : <i>Ibrance est indiqué par Santé Canada pour le traitement des patients atteints d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique avec présence de récepteurs hormonaux et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (RH+/HER2-) en association avec :</i> • un inhibiteur de l'aromatase, à titre de traitement endocrinien initial chez les femmes ménopausées ou chez les hommes; • le fulvestrant, chez les patients dont la maladie a évolué après un traitement endocrinien antérieur. Les femmes en préménopause ou en péri ménopause doivent également recevoir un analogue de l'hormone de libération de la lutéinostimuline (LH-RH). ☐ Autre. Précisez : _____

Section 6 – Renseignements cliniques (Demande initiale) (suite)

Complétez les informations suivantes

☐ Ménopausée ☐ Pré-ménopausée

Présence de métastases cérébrales ? ☐ Oui ☐ Non

Valeur actuelle du statut de performance ECOG

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Administration d'Ibrance^{MD} :

Traitement de première ligne métastatique : ☐ Oui ☐ Non

☐ En association avec Letrozole

☐ En association avec Fulvestrant

☐ En association avec Fulvestrant et un antagoniste LHRH

☐ Autre. Précisez : _____

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications

Médicament ou autre traitement médical	Raison de l'arrêt	Durée de traitement
Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>

Section 7 : Renseignements cliniques (Poursuite du traitement)

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

Le médicament visé par la présente demande a été débuté le : AAAA-MM-JJ

Effet clinique bénéfique observéDate de début du traitement : AAAA-MM-JJ

- ☐ Absence de progression de la maladie
- ☐ Autre. Précisez : _____

Valeur actuelle du statut de performance ECOG

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Section 8 : Renseignements complémentaires

[illegible]