

### 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

***Veillez joindre les documents d'acceptation ou de refus si applicable***

#### 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 \_\_\_\_\_

#### **NOTE IMPORTANTE :**

Toute correspondance relative au présent formulaire sera transmise à l'adresse indiquée au dossier de l'adhérent.

**Veillez 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](http://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 :		
Signature du <b>prescripteur</b> _____		Date _____

Section 5 : Médicament visé par la demande			
Nom du médicament	Forme pharmaceutique	Teneur	<b>Posologie</b> Dose : _____ Fréquence d'administration : _____
Type de demande	<input type="checkbox"/> Demande initiale Complétez la section 6		<input type="checkbox"/> Poursuite du traitement Complétez la section 7 Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ

**IMPORTANT :**

**Veillez 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 :

*Kisqali est indiqué par Santé Canada, en association avec :*

- *un inhibiteur de l'aromatase pour le traitement endocrinien de première intention du cancer du sein avancé ou métastatique exprimant des récepteurs hormonaux (RH+), mais n'exprimant pas le récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-), chez la femme en préménopause, en périménopause ou ménopausée;*  
*Chez la femme en préménopause ou en périménopause, le traitement endocrinien doit être associé à un agoniste de l'hormone de libération de la lutéinostimuline (LH-RH).*
- *le fulvestrant pour le traitement endocrinien du cancer du sein avancé ou métastatique RH+ et HER2- chez la femme ménopausée, en première intention ou après la progression de la maladie suivant un traitement endocrinien.*

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Compléter les informations suivantes**

Ménopausée       Pré- ou périménopausée

Valeur actuelle du statut de performance ECOG

0       1       2       3       4

**Administration de Kisqali<sup>MD</sup> :**

Traitement de première ligne métastatique :       Oui       Non

En association avec Letrozole

En association avec Fulvestrant

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Section 6 – Renseignements cliniques (Demande initiale) (suite)		
Résumé des essais antérieurs ou contre-indications		
Médicament ou autre traitement médical	Raison de l'arrêt	Durée de traitement
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____

Section 7 : Renseignements cliniques (Poursuite du traitement)
<p><b>Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement</b></p> <p>Le médicament visé par la présente demande a été débuté le (AAAA-MM-JJ) : _____</p> <p><b>Administration du Kisqali<sup>MD</sup></b></p> <p><input type="checkbox"/> En association avec Letrozole</p> <p><input type="checkbox"/> En association avec Fulvestrant</p> <p><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p>
<p><b>Effet clinique bénéfique observé</b></p> <p>Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de progression de la maladie</p> <p><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p>

