

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
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	☐ À l'étude

Veuillez 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.

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 :		
Signature du prescripteur _____		Date _____

Section 5: Médicament visé par la demande

Nom du médicament Lenvima	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

☐ Carcinome hépatocellulaire non résécable

☐ Autre. Précisez : _____

Administration de Lenvima

☐ Traitement de 1^{ère} intention

☐ En monothérapie

☐ Autrement. Précisez : _____

☐ Traitement de 2^e intention ou plus

Stade de la maladie

BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer) ☐ 0 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Stade des dommages hépatiques

Child-Pugh ☐ A ☐ B ☐ C

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Résumé des essais antérieurs

☐ Aucun traitement

Médicament ou autre traitement médical	Raison de l'arrêt	Durée de traitement
Sorafenib	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
Autre Précisez : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____

Section 7: Renseignements cliniques (Poursuite du traitement)

Administration de Lenvima

- ☐ En monothérapie
- ☐ Autrement. Précisez : _____

Effet clinique bénéfique observé

Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ): _____

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

Confirmation par imagerie

- ☐ Réponse au traitement **confirmée** par imagerie
- Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ): _____
- ☐ Réponse au traitement **NON confirmée** par imagerie
- Date de la prochaine imagerie (AAAA-MM-JJ): _____
 - Raison ayant empêché de procéder à une imagerie :

Section 8: Renseignements complémentaires

[illegible]