



Formulaire pour médicaments en autorisation préalable
Alectinib (chlorhydrate d')(Alecensaro^{MC}), Brigatinib (Alunbrig^{MC}), Céritinib
(Zykadia^{MC}) / Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement
avancé non résécable 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?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :			
De quel type de régime s'agit-il ?	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Public	
Avez-vous fait une réclamation pour ce médicament chez cet autre assureur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Quel est le statut de la réclamation?	<input type="checkbox"/> Accepté	<input type="checkbox"/> Refusé	<input type="checkbox"/> À l'étude
Avez-vous eu à remplir une demande d'autorisation préalable chez cet assureur?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Quel est le statut de la demande d'autorisation préalable?	<input type="checkbox"/> Accepté	<input type="checkbox"/> Refusé	<input type="checkbox"/> 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 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 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 MÉDECIN

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

Section 5 : Médicament visé par la demande			
Nom du médicament	Forme pharmaceutique	teneur	Posologie 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

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)
Diagnostic <input type="checkbox"/> Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Localement avancé non résécable <input type="checkbox"/> Métastatique <input type="checkbox"/> Autre stade. Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
La tumeur présente un réarrangement du gène ALK <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Administration <input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> Autrement. Précisez: _____

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale) (suite)**Valeur ACTUELLE du statut de performance**ECOG 0 1 2 3 4**Traitement pharmacologique**

- De première intention
 Autrement. Précisez: _____

Essai antérieur du crizotinib

- Oui
Raison de l'arrêt
 Le cancer a progressé malgré son administration
 Intolérance. Précisez : _____
 Autre. Précisez : _____
- Non

Section 7 : Renseignements cliniques (Poursuite du traitement)**Administration**

- En monothérapie
 Autrement. Précisez: _____

Effet clinique bénéfique observé

Date du début du traitement : _____

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

Confirmation par imagerie (EXCLUSIVEMENT si essai antérieur du crizotinib) :

- Réponse au traitement **confirmée** par imagerie
- Date de la dernière imagerie : _____
- Réponse au traitement **NON confirmée** par imagerie
- Date de la dernière imagerie : _____
 - Raison empêchant de procéder à l'imagerie : _____

