Formulaire pour médicaments en autorisation préalable
Régorafénib (Stivarga[MD]), trifluridine/tipiracil (Lonsurf[MD]) /
Cancer du côlon 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
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 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	❒ 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

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)
Diagnostic ❒ Cancer du côlon métastatique ❒ Autre. Précisez : _____ Date de début des symptômes (AAAA-MM-JJ) : _____ Patient porteur d'un gène KRAS de type sauvage : ❒ Oui ❒ Non Valeur actuelle du statut de performance ECOG : ❒ 0 ❒ 1 ❒ 2 ❒ 3 ❒ 4

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale) (Suite)		
Médicament ou autre traitement médical	**Raison de l'arrêt**	**Durée de traitement**
Chimiothérapie à base de fluoropyrimidine, d'oxyplatine et d'irinotecan. Précisez le ou les protocole(s) reçu(s) : _____ _____	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____ _____	Du_____ Au _____
Anti-VEGF ❒ Bevacizumab ❒ Autre. Précisez : _____ _____	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____ _____	Du_____ Au _____
Anti-EGFR ❒ Cetuximab ❒ Panitunimab ❒ Autre. Précisez : _____ _____	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____ _____	Du_____ Au _____
Autre(s) Nom _____ _____ Posologie _____ _____	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____ _____	Du_____ Au _____

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 observé

❒ Absence de progression de la maladie

❒ Autre. Précisez : _____

Section 8 : Renseignements complémentaires