

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

2 - Prescripteur

| | | | |
|----------------------------------|-----|------------------------------------|-------------|
| NOM ET PRÉNOM | | N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE | |
| ADRESSE NUMÉRO | RUE | BUREAU | |
| MUNICIPALITÉ | | PROVINCE | CODE POSTAL |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. | | NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG. | |

| | | | | | |
|--|-------------------|--------------------------------------|-------------|----------------------------------|--|
| NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation OU si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père | NOM ET PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR | | | |
| | ADRESSE NUMÉRO | RUE | APP. | | |
| | MUNICIPALITÉ | PROVINCE QUÉBEC | CODE POSTAL | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. | |

3 - Médicament visé par la demande

| | | | |
|--|----------------------|--|-----------------|
| NOM DU MÉDICAMENT POMALIDOMIDE | FORME PHARMACEUTIQUE | TENEUR | POSOLOGIE |
| DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT | | Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. | |
| DU | ANNÉE MOIS JOUR | AU | ANNÉE MOIS JOUR |
| <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE | | <input type="checkbox"/> OU | |

Type de demande

Demande initiale **Demande de poursuite du traitement**

Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Indication thérapeutique

Myélome multiple

Traitement de 3^e intention

Autre. Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

Administration du pomalidomide

En association avec la **dexaméthasone**

Autre. Précisez : _____

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

| Traitements antérieurs | Raison de l'arrêt ou de la non-utilisation | Durée |
|--|--|----------------------|
| Pour le traitement de première intention : <input type="checkbox"/> Greffe de cellules souches <input type="checkbox"/> Dexaméthasone <input type="checkbox"/> Melphalan <input type="checkbox"/> Bortézomib <input type="checkbox"/> Thalidomide <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | du _____ au _____ |

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

Pomalidomide (Pomalyst^{MC}) — Myélome multiple (suite)

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

| | | |
|--|--|----------------------|
| Pour le traitement de deuxième intention : <input type="checkbox"/> Greffe de cellules souches <input type="checkbox"/> Dexaméthasone <input type="checkbox"/> Melphalan <input type="checkbox"/> Bortézomib <input type="checkbox"/> Thalidomide <input type="checkbox"/> Lénalidomide <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | Raison de l'arrêt ou de la non-utilisation | Durée |
| | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | du _____ au _____ |
| Autre(s) traitement(s) reçu(s) : <input type="checkbox"/> Greffe de cellules souches <input type="checkbox"/> Dexaméthasone <input type="checkbox"/> Melphalan <input type="checkbox"/> Bortézomib <input type="checkbox"/> Thalidomide <input type="checkbox"/> Lénalidomide <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | Raison de l'arrêt ou de la non-utilisation | Durée |
| | <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | du _____ au _____ |
| Parmi les options de traitement, précisez la raison qui empêche l'essai du bortézomid et du lénalidomide chez la personne : _____ | | |

5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

Administration du pomalidomide

En association avec la **dexaméthasone**
 Autre. Précisez : _____

Démonstration de l'effet clinique bénéfique

Absence de progression de la maladie définie par les critères de l'International Myeloma Working Group (2011).
À cet effet, la maladie est en progression dès qu'un des éléments suivant est satisfait :

- Augmentation $\geq 25\%$ **par rapport au résultat le plus bas (NADIR)** de l'UN des dosages suivants :
 - La protéine monoclonale sérique (l'augmentation absolue doit être de $\geq 5g/l$);
 - La protéine monoclonale urinaire (l'augmentation absolue doit être de $\geq 200mg$ par 24 heures);
 - La différence entre les chaînes légères libres (l'augmentation absolue doit être $\geq 10\%$);
- Augmentation des lésions osseuses ou des plasmocytomes;
- Apparition d'une hypercalcémie définie par une calcémie corrigée $> 2,8mmol/l$ sans autre cause apparente.

Autre. Précisez : _____

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

6 - Renseignements complémentaires (facultatifs)

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

7 - Signature du prescripteur autorisé

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

DATE
ANNÉE MOIS JOUR

Retourner le présent formulaire

• **par télécopieur** à Québec : **418 646-5653**
ailleurs au Québec, sans frais : **1 866 312-3858**

• **par courrier** : Régie de l'assurance maladie du Québec
Expertise professionnelle (pharmacie) Q040
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Le présent formulaire respecte la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements relatifs aux indications reconnues pour le paiement.