



Demande d'autorisation préalable

AVASTIN, ABEVMY, AYBINTIO, BAMBEVI, MVASI, VEGZELMA, ZIRABEV (bévacizumab)

Directives

Veillez remplir la Partie A, puis faire remplir la Partie B par votre médecin. Le fait de remplir et de soumettre le présent formulaire ne garantit en rien que la demande d'autorisation préalable sera approuvée. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire incombent au participant. Les médicaments soumis au Programme d'autorisation préalable ne peuvent être remboursés que si le patient n'est pas admissible à un remboursement au titre d'un autre régime ou d'un régime provincial d'assurance médicaments et que si le patient utilise le médicament dans le cadre d'une indication approuvée par Santé Canada. Les critères relatifs aux médicaments d'exception de la RAMQ pourraient s'appliquer au Québec. L'approbation ou le refus de la demande repose sur des critères cliniques établis en fonction des renseignements sur les indications approuvées par Santé Canada et sur des protocoles cliniques factuels. Le participant sera avisé si sa demande a été approuvée ou refusée. Veuillez noter que vous avez le droit d'en appeler de la décision rendue par Express Scripts Canada.

Partie A – Patient

Renseignements sur le patient

Prénom :		Nom :	
Nom ou numéro de l'assureur :			
Numéro de groupe :		Numéro de certificat :	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :		Statut dans le cadre du régime : <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Personne à charge	
Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse :			
Ville :	Province :	Code postal :	
Adresse courriel :			
Téléphone (domicile) :	Téléphone (cellulaire) :	Téléphone (travail) :	

Coordination des prestations

Programme de soutien aux patients	Le patient est-il inscrit à un programme de soutien aux patients? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Personne-ressource : _____ Télécopieur : _____
Couverture par le régime provincial	Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un régime d'assurance médicaments provincial? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? <input type="checkbox"/> Médicament couvert <input type="checkbox"/> Médicament non couvert *Joindre la lettre faisant état de la décision*
Couverture par un autre régime (premier payeur)	Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? <input type="checkbox"/> Médicament couvert <input type="checkbox"/> Médicament non couvert *Joindre la lettre faisant état de la décision*

Autorisation

En mon nom et au nom des personnes à ma charge admissibles, j'autorise le promoteur de mon régime d'assurance médicaments et ses agents à échanger les renseignements personnels contenus sur le présent formulaire. Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés qu'aux fins d'administration et de gestion de mon régime d'assurance médicaments. Ce consentement demeurera valide aussi longtemps que les personnes à ma charge et moi-même serons couverts par le contrat d'assurance collective ou que nous serons admissibles à un remboursement dans le cadre dudit contrat, ou de ses modifications éventuelles, de son renouvellement ou de sa remise en vigueur.

Signature du participant

Date



Demande d'autorisation préalable

AVASTIN, ABEVMI, AYBINTIO, BAMBEVI, MVASI, VEGZELMA, ZIRABEV (bévacizumab)

Partie B – Médecin prescripteur

Veuillez lire les directives à la page 1 et remplir toutes les sections ci-dessous. La demande sera rejetée si des champs sont laissés vides. Veuillez **ne pas** fournir les résultats de tests génétiques.

SECTION 1 – MÉDICAMENT VISÉ PAR L'AUTORISATION PRÉALABLE

<input type="checkbox"/> AVASTIN	<input type="checkbox"/> ABEVMI	<input type="checkbox"/> AYBINTIO	<input type="checkbox"/> Première demande <input type="checkbox"/> Renouvellement*
<input type="checkbox"/> BAMBEVI	<input type="checkbox"/> MVASI	<input type="checkbox"/> VEGZELMA	
<input type="checkbox"/> ZIRABEV			
Posologie	Voie d'administration (p. ex., orale, intraveineuse)	Fréquence	Durée du traitement

Où le médicament sera-t-il administré?

Domicile Bureau du médecin / clinique de perfusion Hôpital (patient externe) Hôpital (patient hospitalisé)

* Veuillez fournir une preuve de la couverture antérieure du médicament, si elle est accessible.

SECTION 2 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

1. Veuillez indiquer si les critères ci-dessous sont respectés :

Cancer colorectal métastatique

Traitement de première intention du cancer colorectal métastatique chez l'adulte. ET

Le bévacizumab sera utilisé en association avec une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine.

Cancer du poumon non à petites cellules

Traitement, chez l'adulte, du cancer du poumon non squameux et non à petites cellules avancé, métastatique ou récidivant, quand il s'agit d'un carcinome non résécable. ET

Le bévacizumab sera utilisé en association avec une chimiothérapie par le carboplatine et le paclitaxel.

Glioblastome (gliome malin; grade IV de l'OMS)

Traitement du glioblastome chez l'adulte. ET

La maladie a récidivé ou progressé après un traitement préalable. *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET

Le bévacizumab sera utilisé en association avec la lomustine.



Demande d'autorisation préalable

AVASTIN, ABEVMI, AYBINTIO, BAMBEVI, MVASI, VEGZELMA, ZIRABEV (bévacizumab)

Cancer épithélial de l'ovaire, cancer des trompes de Fallope et cancer péritonéal primaire récidivants et sensibles aux sels de platine

- Traitement d'une récurrence du cancer épithélial de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire chez l'adulte. ET
- Le patient présente une première récurrence du cancer épithélial de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire, sensible aux sels de platine. ET
- Le patient n'a pas reçu de traitement antérieur ciblant le facteur de croissance de l'endothélium vasculaire, y compris un traitement par le bévacizumab. ET
- Le bévacizumab sera utilisé en association avec le carboplatine et la gemcitabine.

Cancer épithélial de l'ovaire, cancer des trompes de Fallope et cancer péritonéal primaire récidivants et résistants aux sels de platine

- Traitement d'une récurrence du cancer épithélial de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire chez l'adulte. ET
- Le patient est atteint d'un cancer épithélial de l'ovaire, d'un cancer des trompes de Fallope ou d'un cancer péritonéal primaire résistant aux sels de platine. ET
- Le patient n'a pas reçu plus de deux schémas antérieurs de chimiothérapie. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET
- Le patient n'a pas reçu de traitement antérieur ciblant le facteur de croissance de l'endothélium vasculaire, y compris un traitement par le bévacizumab. ET
- Le bévacizumab sera utilisé en association avec le paclitaxel, le topotécan ou la doxorubicine liposomale pégylée.

OU

- Aucun des critères ci-dessus ne s'applique.

Renseignements additionnels pertinents :

2. Médicaments déjà essayés

Médicament	Posologie et voie d'administration	Durée du traitement		Raison de la cessation du traitement	
		Du	Au	Réponse inadéquate	Allergie ou intolérance
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Demande d'autorisation préalable

AVASTIN, ABEVMY, AYBINTIO, BAMBEVI, MVASI, VEGZELMA, ZIRABEV (bévacizumab)

3. Critères additionnels pour les demandes d'autorisation préalable relatives à AVASTIN

- Le patient a présenté une intolérance ou un événement indésirable à un biosimilaire. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessus.*

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
N° de permis d'exercice :	Spécialité :
Signature du médecin :	Date :

Veillez télécopier ou poster le formulaire dûment rempli à Express Scripts Canada^{MD}

Télécopieur :
Services cliniques d'Express Scripts Canada
1 855 712-6329

Poste :
Services cliniques d'Express Scripts Canada
5770, rue Hurontario, 10^e étage
Mississauga, ON L5R 3G5