

**Demande d'autorisation préalable**

LYNPARZA (olaparib)

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**

LYNPARZA (olaparib)

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

LYNPARZA (olaparib)				<input type="checkbox"/> Première demande	<input type="checkbox"/> Renouvellement *
Posologie	Voie d'administration (p. ex., orale, intraveineuse)	Fréquence	Durée du traitement		
Où le médicament sera-t-il administré?					
<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Bureau du médecin / clinique de perfusion <input type="checkbox"/> Hôpital (patient externe) <input type="checkbox"/> 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 du sein – Traitement adjuvant**

- Traitement adjuvant du cancer du sein au stade précoce comportant un risque élevé, ne surexprimant pas le récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2 négatif) et exprimant une mutation germinale délétère ou présumée délétère d'un gène BRCA, chez l'adulte. ET
- Le patient a déjà reçu une chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante. *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

Cancer du sein métastatique

- Traitement du cancer du sein métastatique ne surexprimant pas le récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2 négatif) chez l'adulte. ET
- Le patient a déjà reçu une chimiothérapie. *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET
- Le patient est atteint d'un cancer du sein exprimant des récepteurs hormonaux (RH positif) qui a progressé ou ne peut recevoir un traitement endocrinien. OU
- La tumeur n'exprime pas de récepteurs hormonaux (RH négatif). ET
- LYNPARZA sera utilisé en monothérapie.

Cancer épithélial de l'ovaire, cancer des trompes de Fallope ou cancer péritonéal primaire à un stade avancé

- Traitement d'entretien du cancer épithélial de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire peu différencié (de haut grade) parvenu à un stade avancé chez l'adulte. ET
- La patiente a reçu entre 6 et 9 cycles de chimiothérapie à base de platine comme traitement de première intention. ET
- Le patient a présenté une réponse complète ou partielle à une chimiothérapie à base de platine. *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET
- LYNPARZA sera utilisé en monothérapie.



Demande d'autorisation préalable

LYNPARZA (olaparib)

Cancer épithélial de l'ovaire, cancer des trompes de Fallope ou cancer péritonéal primaire récidivant

- Traitement d'entretien du cancer épithélial de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire peu différencié (de haut grade), récidivant et sensible aux sels de platine chez l'adulte. ET
- Le patient a présenté une réponse complète ou partielle à deux chimiothérapies à base de platine. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET
- Le patient a présenté une réponse complète ou partielle à la chimiothérapie à base de platine la plus récente. ET
- LYNPARZA sera utilisé en monothérapie.

Adénocarcinome du pancréas

- Traitement d'entretien d'un adénocarcinome du pancréas chez l'adulte. ET
- La maladie n'a pas progressé durant une chimiothérapie à base de platine d'une durée minimale de 16 semaines. ET
- Le patient a présenté une réponse complète ou partielle à une chimiothérapie à base de platine. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET
- LYNPARZA sera utilisé en monothérapie.

Cancer de la prostate

- Traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration chez l'adulte. ET
- La maladie a progressé à la suite d'un traitement par un agent hormonal. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET
- LYNPARZA sera utilisé en monothérapie.

Cancer de la prostate avec une mutation d'un gène BRCA

- Traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration et exprimant une mutation délétère ou présumée délétère d'un gène BRCA, chez l'adulte pour lequel la chimiothérapie n'est pas indiquée sur le plan clinique. ET
- Le patient n'a reçu aucun traitement à action générale dans le contexte d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration. ET
- La maladie a progressé malgré une orchidectomie bilatérale. OU
- LYNPARZA sera utilisé en association avec un analogue de l'hormone de libération de la gonadotrophine. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET
- LYNPARZA sera utilisé en association avec l'abiratérone. ET
- LYNPARZA sera utilisé en association avec la prednisone ou avec la prednisolone.



Demande d'autorisation préalable

LYNPARZA (olaparib)

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"/>

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