

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Dabrafénib (Tafinlar<sup>MC</sup>) — Mélanome non résecable ou métastatique en première ou deuxième intention

#### 1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE  
**OU**

**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*

#### 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.	

NOM ET PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE	
		ANNÉE	MOIS JOUR
ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.	
MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
	QUÉBEC		

#### 3 - Médicament visé par la demande

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

**Type de demande**

**Demande initiale**  
 Complétez les sections 4- 6- 7

**Demande de poursuite du traitement**  
 Complétez les sections 5- 6- 7

#### 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

<p><b>Diagnostic</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mélanome non résecable</p> <p><input type="checkbox"/> Mélanome métastatique</p> <p><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p> <p><b>Mutation BRAF V600</b></p> <p><input type="checkbox"/> Présence</p> <p><input type="checkbox"/> Absence</p> <p><b>Valeur ACTUELLE du statut de performance</b></p> <p>ECOG <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>	<p><b>Administration du dabrafénib</b></p> <p><input type="checkbox"/> En monothérapie</p> <p><input type="checkbox"/> En association avec le tramétinib</p> <p><input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____</p> <p><b>Traitement pharmacologique</b></p> <p><input type="checkbox"/> De <b>première intention</b></p> <p><input type="checkbox"/> De <b>deuxième intention</b> à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4.</p> <p><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p>
---	--

**Résumé des essais antérieurs ou contre-indications** ▶ Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste de médicaments)

Chimiothérapie cytotoxique				
<input type="checkbox"/> Dacarbazine	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre
	Précisez : _____			du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Carboplatin	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre
	Précisez : _____			du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Paclitaxel	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre
	Précisez : _____			du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Témzolomide	<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.

## Dabrafénib (Tafinlar<sup>MC</sup>) — Mélanome non résecable ou métastatique en première ou deuxième intention (suite)

### 4 - Renseignements cliniques - Demande initiale (suite)

#### Immunothérapie ciblant :

<input type="checkbox"/> CTLA-4 : Ipilimumab	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____					
<input type="checkbox"/> PD-1 : Pembrolizumab	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____					

#### Inhibiteur BRAF

<input type="checkbox"/> Dabrafénib	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____					
<input type="checkbox"/> Vémurafénib	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____					

#### Inhibiteur MEK

<input type="checkbox"/> Cobimétinib	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____					
<input type="checkbox"/> Tramétinib	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____					

#### Autre agent

Nom : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
Précisez : _____					

### 5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement

#### Effet clinique bénéfique observé

Date du début du traitement ► ANNÉE MOIS JOUR

Absence de progression de la maladie

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

#### Confirmation des effets bénéfiques

Réponse au traitement confirmée par **imagerie** ► Date de la dernière imagerie ANNÉE MOIS JOUR

Réponse au traitement confirmée lors d'un **examen physique**

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

### 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  
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.