

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Tramétinib (Mekinist^{MC}) — Mélanome non résecable ou métastatique en première ou deuxième intention

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 CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
--	--

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT TRAMÉTINIB	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

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

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

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 : _____			
<input type="checkbox"/> Carboplatin	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre
	Précisez : _____			
<input type="checkbox"/> Paclitaxel	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre
	Précisez : _____			
<input type="checkbox"/> Témzolomide	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre
	Précisez : _____			

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du prescripteur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

Tramétinib (Mekinist^{MC}) — 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.