

**DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT**  
**Cobimétinib (Cotellic<sup>MC</sup>) — Mélanome non résécable ou métastatique**  
**en première ou deuxième intention**

**1 - Personne assurée**

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE <b>OU</b>	
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE	
si non disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation	
<b>OU</b> 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.	

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE

**OU**

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

**3 - Médicament visé par la demande**

NOM DU MÉDICAMENT COBIMÉTINIB	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSÉLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT DU      ANNÉE      MOIS      JOUR      AU      INDÉTERMINÉE      OU      ANNÉE      MOIS      JOUR	Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. 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**

- Mélanome non résécable
- Mélanome métastatique
- Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Administration du cobimétinib**

- En association avec le vémurafénib
- Autrement. Précisez : \_\_\_\_\_

**Mutation BRAF V600**

- Présence
- Absence

**Traitements pharmacologiques**

- De première intention
- De deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4.
- Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Valeur ACTUELLE du statut de performance**

ECOG       0       1       2       3       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 Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Carboplatin	<input type="checkbox"/> Inefficacité Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Paclitaxel	<input type="checkbox"/> Inefficacité Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
<input type="checkbox"/> Témozolomide	<input type="checkbox"/> Inefficacité Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	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.*

## **Cobimétinib (Cotellic<sup>MC</sup>) — Mélanome non résécable 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 _____
	Précisez : _____				
<input type="checkbox"/> Tramétinib	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____
	Précisez : _____				

## Autre agent

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

#### **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 \_\_\_\_\_  
 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.