

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Cobimétinib (Cotellic^{MC}) — 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 **QUÉBEC** CODE POSTAL _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. _____

3 - Médicament visé par la demande

NOM DU MÉDICAMENT **COBIMÉTINIB** FORME PHARMACEUTIQUE _____ TENEUR _____ POSOLOGIE _____

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 Complétez les sections 4- 6- 7

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

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

<p>Diagnostic</p> <p><input type="checkbox"/> Mélanome non résecable</p> <p><input type="checkbox"/> Mélanome métastatique</p> <p><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____</p> <p>Mutation BRAF V600</p> <p><input type="checkbox"/> Présence</p> <p><input type="checkbox"/> Absence</p> <p>Valeur ACTUELLE du statut de performance</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>Administration du cobimétinib</p> <p><input type="checkbox"/> En association avec le vémurafénib</p> <p><input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____</p> <p>Traitement pharmacologique</p> <p><input type="checkbox"/> De première intention</p> <p><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.</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	du _____ au _____
	Précisez : _____				
<input type="checkbox"/> Carboplatin	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
	Précisez : _____				
<input type="checkbox"/> Paclitaxel	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
	Précisez : _____				
<input type="checkbox"/> Témzolomide	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication	<input type="checkbox"/> Autre	du _____ au _____
	Précisez : _____				

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^{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.