

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Dabrafénib (Tafinlar^{MC}) — Traitement adjuvant d'un mélanome complètement réséqué

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 QUÉBEC	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

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 **Demande de poursuite du traitement**

Complétez les sections 4- 6- 7 Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques - Demande initiale

Indication thérapeutique

Traitement adjuvant d'un mélanome

avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

avec des métastases en transit ou satellites sans atteinte ganglionnaire

Autre. Précisez: _____

Administration du dabrafénib

En association avec le tramétinib

Autrement. Précisez: _____

Mutation BRAF V600

Présence

Absence

Résection du mélanome

Résection complète dont la dernière résection dans les 12 semaines précédentes

Autre. Précisez: _____

Valeur ACTUELLE du statut de performance

ECOG 0 1 2 3 4

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^{MC}) — Traitement adjuvant d'un mélanome complètement réséqué (suite)

5 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

Administration du dabrafénib

- En association avec le tramétinib
 Autrement. Précisez : _____

Effet bénéfique clinique observé

Date de début du traitement ►

ANNÉE	MOIS	JOUR

- Absence de récurrence de la maladie
 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

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.

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