

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	
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE	
<i>si non disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i>	
<i>OU si enfant de moins d'un an : Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	

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	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. 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

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 tramétiolib
 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 tramétiolib

Autrement. Précisez: _____

Effet bénéfique clinique observé

DATE ANNÉE MOIS JOUR

Date de début du traitement ► | | | |

Absence de récidive 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