

## DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

### Tramétinib (Mekinist<sup>MC</sup>) — 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.	

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b>  <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie tempo- raire sur le carnet de réclamation</i>  <b>OU</b> <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	NOM ET PRÉNOM  ADRESSE NUMÉRO   RUE  MUNICIPALITÉ   PROVINCE   CODE POSTAL QUÉBEC	DATE DE NAISSANCE ANNÉE   MOIS   JOUR  APP.  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
	<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE	OU	

#### 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 tramétinib**

En association avec le dabrafénib  
 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.

## Tramétinib (Mekinist<sup>MC</sup>) — Traitement adjuvant d'un mélanome complètement réséqué (suite)

### 5 - Renseignements cliniques – Poursuite du traitement

#### Administration du tramétinib

- En association avec le dabrafénib  
 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