

**IMPORTANT**

Ce formulaire doit être rempli par le (la) professionnel(le) autorisé(e) à prescrire.

### 1. IDENTIFICATION

ASSURÉ(E)				PATIENT(E) (si autre que l'assuré(e))			
Nom		Prénom		Nom		Prénom	
N° de client à la CCQ		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Lien avec assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant			
N°	Rue		N° d'appartement		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		
Ville			Province		Cette demande a-t-elle fait l'objet d'une analyse auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou d'un autre assureur ?		
Code postal	N° de téléphone (1)		N° de téléphone (2)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande.							

### 2. PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

Nom		Prénom		Spécialité		N° de permis	
N°	Rue		N° de bureau		Ville		
Province		Code postal		N° de téléphone		Courriel	

### 3. MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE

Nom du médicament <b>TRAMÉTINIB</b>		Forme pharmaceutique		Teneur		Posologie	
Durée prévue du traitement		du (AAAA-MM-JJ)		au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée		Si la personne est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé (AAAA-MM-JJ).	
Type de demande		<input type="checkbox"/> Demande initiale (Remplissez les sections 4-6-7)		<input type="checkbox"/> Demande de poursuite du traitement (Remplissez les sections 5-6-7)			

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic				Administration du tramétinib			
<input type="checkbox"/> Mélanome non résecable				<input type="checkbox"/> En monothérapie			
<input type="checkbox"/> Mélanome métastatique				<input type="checkbox"/> En association avec le dabrafénib			
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____				<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____			
Mutation BRAF V600				Traitement pharmacologique			
<input type="checkbox"/> Présence				<input type="checkbox"/> De <b>première intention</b>			
<input type="checkbox"/> Absence				<input type="checkbox"/> De <b>deuxième intention</b> à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4.			
Valeur ACTUELLE du statut de performance				<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____			
ECOG <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4							
Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des 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 (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)	
Précisez : _____							
<input type="checkbox"/> Carboplatin		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre				du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)	
Précisez : _____							
<input type="checkbox"/> Paclitaxel		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre				du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)	
Précisez : _____							

#### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE (SUITE)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications. Au besoin, référez à l'indication reconnue pour le paiement (Liste des médicaments)

##### Chimiothérapie cytotoxique (suite)

<input type="checkbox"/> Témzolomide	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
--------------------------------------	--	---------------------------------

##### 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 Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
--	--	---------------------------------

<input type="checkbox"/> PD-1 : Pembrolizumab	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
---	--	---------------------------------

##### Inhibiteur BRAF

<input type="checkbox"/> Dabrafénib	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
-------------------------------------	--	---------------------------------

<input type="checkbox"/> Vémurafénib	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
--------------------------------------	--	---------------------------------

##### Inhibiteur MEK

<input type="checkbox"/> Cobimétinib	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
--------------------------------------	--	---------------------------------

<input type="checkbox"/> Tramétinib	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
-------------------------------------	--	---------------------------------

##### Autre agent

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

#### 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

##### Effet clinique bénéfique observé

Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/> Absence de progression de la maladie <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
--	---

##### Confirmation des effets bénéfiques

<input type="checkbox"/> Réponse au traitement confirmée par imagerie	Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Réponse au traitement confirmée lors d'un examen physique	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

#### 6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

--

#### 7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

Signature _____	Date (AAAA-MM-JJ) _____
-----------------	-------------------------

Le présent formulaire respecte la liberté du (de la) professionnel(le) autorisé(e) de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du (de la) pharmacien(ne) d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements pour fins d'autorisation de paiement.

##### Retournez le présent formulaire :

- Par Internet : Dans MÉDIC en ligne, à [sel.ccq.org](http://sel.ccq.org) (si transmis par l'assuré(e))
- Par télécopieur : 514 341-4451
- Par la poste : MÉDIC Construction, C. P. 2212, succursale Chabanel, Montréal (Québec) H2N 0B8