

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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Code postal	N° de téléphone (1)		N° de téléphone (2)		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 COBIMÉTINIB		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 cobimétinib			
<input type="checkbox"/> Mélanome non résecable				<input type="checkbox"/> En association avec le vémurafénib			
<input type="checkbox"/> Mélanome métastatique				<input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____			
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Mutation BRAF V600				Traitement pharmacologique			
<input type="checkbox"/> Présence				<input type="checkbox"/> De première intention			
<input type="checkbox"/> Absence				<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.			
Valeur ACTUELLE du statut de performance				<input type="checkbox"/> Autre. 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 Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Carboplatin	<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"/> Paclitaxel	<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)

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

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

<input type="checkbox"/> Vémurafénib	<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 : _____		

Inhibiteur MEK

<input type="checkbox"/> Cobimétinib	<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"/> Tramétinib	<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 : _____		

Autre agent

<input type="checkbox"/> _____	<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)
Nom : _____	Précisez : _____	

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 (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