

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 BINIMÉTINIB | | 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 Binimétinib | | | |
| <input type="checkbox"/> Mélanome non résecable | | | | <input type="checkbox"/> En association avec le encorafénib | | | |
| <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 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 (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