FORMULAIRE POUR MÉDICAMENTS EN AUTORISATION PRÉALABLE
Cobimétinib (Cotellic®) / Mélanome métastatique ou non résécable

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Section 1 : Renseignement sur l'adhérent et le patient			
Nom de l'adhérent	Police / certificat	Nom de l'employeur	
Nom du patient	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	N° de téléphone	
Adresse (n° et rue)	Ville	Province	Code postal

Section 2 : Autres contrats d'assurance médicament			
Possédez-vous une autre assurance médicaments?		❒ Oui	❒ Non
Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :			
De quel type de régime s'agit-il ?		❒ Privé	❒ Public
Avez-vous fait une réclamation pour ce médicament chez cet autre assureur ?		❒ Oui	❒ Non
Quel est le statut de la réclamation?	❒ Accepté	❒ Refusé	❒ À l'étude
Avez-vous eu à remplir une demande d'autorisation préalable chez cet assureur?		❒ Oui	❒ Non
Quel est le statut de la demande d'autorisation préalable?	❒ Accepté	❒ Refusé	❒ À l'étude

Veuillez joindre les documents d'acceptation ou de refus si applicable

Section 3 : Autorisation à la communication de renseignements personnels

Je certifie que les renseignements faisant l'objet de la présente demande d'autorisation de paiement sont complets, exacts et véridiques.

J'autorise les médecins et autres professionnels de la santé, les établissements médicaux, paramédicaux ou cliniques, les coordonnateurs de soins, les fournisseurs du réseau de pharmacies privilégiées de SSQ (hors Québec seulement) et tout organisme public ou parapublic, incluant entre autre la Régie de l'assurance médicament du Québec, à communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie inc. (« SSQ ») tout renseignement personnel pertinent me concernant incluant notamment toute information médicale et toute opinion médicale en lien avec le traitement de la présente demande d'autorisation de paiement. Par le fait même, je les relève de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer à SSQ les renseignements demandés. De plus, j'autorise SSQ à communiquer aux tiers précédemment énoncés tout renseignement personnel pertinent me concernant incluant notamment toute information médicale et toute opinion médicale en lien avec le traitement de la présente demande d'autorisation de paiement.

Les photocopies de la présente ont la même valeur que l'original.

Signature du **patient** (parent/tuteur légal) _____ Date _____

NOTE IMPORTANTE :

Toute correspondance relative au présent formulaire sera transmise à l'adresse indiquée au dossier de l'adhérent.

Veuillez nous retourner le présent formulaire par la poste ou par télécopieur au 1 855 453-3942.

Téléphone : 418 651-2588/1 800 380-2588 – Télécopieur : 1 855 453-3942 Adresse postale : 2525 Boulevard Laurier, Case postale 10500 Québec, QC G1V 4H6

ssq.ca

FORMULAIRE POUR MÉDICAMENTS EN AUTORISATION PRÉALABLE
Cobimétinib (Cotellic®) / Mélanome métastatique ou non résécable

DÉCLARATION DU PRESCRIPTEUR

Section 4 : Renseignements sur le prescripteur		
Nom du prescripteur	Spécialité	N° de permis
N° de téléphone	N° de télécopieur	
Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts : Signature du **prescripteur** _____ Date _____		

Section 5 : Médicament visé par la demande			
Nom du médicament Cobimétinib	Forme pharmaceutique Comprimé	Teneur	**Posologie** Dose : _____ Fréquence d'administration : _____
Type de demande	❒ Demande initiale Complétez la section 6		❒ Poursuite du traitement Complétez la section 7 Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ

IMPORTANT :

Veuillez ne fournir aucun résultat de test génétique.

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)
Diagnostic ❒ Mélanome non résécable ou métastatique conformément à l'indication approuvée par Santé Canada À titre informatif : *Cotellic est indiqué par Santé Canada, en association avec le vémurafénib, dans le traitement des patients atteints d'un mélanome métastatique ou non résécable, à mutation BRAF V600.* ❒ Autre. Précisez : _____
Administration du cobimétinib ❒ En association avec le vémurafénib ❒ Autrement. Précisez : _____

FORMULAIRE POUR MÉDICAMENTS EN AUTORISATION PRÉALABLE
Cobimétinib (Cotellic®) / Mélanome métastatique ou non résécable

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale) (suite)		
Traitement pharmacologique ❒ De première intention ❒ De deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie cytotoxique ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4. ❒ Autre. Précisez : _____		
Valeur actuelle du statut de performance ECOG ❒ 0 ❒ 1 ❒ 2 ❒ 3 ❒ 4		
Résumé des essais antérieurs ou contre-indications		
Chimiothérapie cytotoxique		
❒ **Dacarbazine**	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
❒ **Carboplatin**	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
❒ **Paclitaxel**	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
❒ **Témozolomide**	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Immunothérapie ciblant :		
❒ **CTLA-4 :Ipilimumab**	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
❒ **TPD-1 : Pembrolizumab**	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____

FORMULAIRE POUR MÉDICAMENTS EN AUTORISATION PRÉALABLE
Cobimétinib (Cotellic®) / Mélanome métastatique ou non résécable

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale) (suite)		
Inhibiteur BRAF :		
❒ **Dabrafénib**	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
❒ **Vémurafénib**	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Inhibiteur MEK :		
❒ **Cobimétinib**	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
❒ **Tramétinib**	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Autre agent Nom : _____	❒ Inefficacité ❒ Intolérance ❒ Contre-indication ❒ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____

FORMULAIRE POUR MÉDICAMENTS EN AUTORISATION PRÉALABLE
Cobimétinib (Cotellic®) / Mélanome métastatique ou non résécable

Section 7 : Renseignements cliniques (Poursuite du traitement)

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

Le médicament visé par la présente demande a été débuté le (AAAA-MM-JJ): _____

Effet clinique bénéfique observé

❒ Absence de la progression de la maladie

❒ Autre. Précisez : _____

Confirmation des effets bénéfiques

❒ Réponse au traitement confirmée par imagerie.
Date de la dernière imagerie (AAAA-MM-JJ): _____

❒ Réponse au traitement confirmée lors d'un examen physique

❒ Autre. Précisez : _____

Section 8 : Renseignements complémentaires