

i **PROCÉDURES POUR LES AUTORISATIONS PRÉALABLES**

Les formulaires remplis peuvent être envoyés par télécopieur en toute confidentialité au 1-514-286-8480 (résidents du Québec) ou au 1-844-661-2640 (résidents des autres provinces).

Une fois reçue, cette demande sera examinée en toute confidentialité conformément aux critères de paiement élaborés par Croix Bleue Medavie de concert avec les consultants en soins de santé indépendants. Dans certains cas, des renseignements cliniques ou sur le diagnostic supplémentaires pourraient être demandés afin de traiter votre demande.

Pour les résidents du Québec, les critères d'autorisation préalable sont ajustés pour répondre aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

- L'autorisation préalable est un processus de préautorisation permettant de déterminer si certains produits seront remboursés en vertu du régime de l'adhérent.
- Veuillez remplir le formulaire en entier. Les formulaires incomplets ne peuvent être traités.
- **Pour certains médicaments, l'approbation du remboursement peut être conditionnelle à la confirmation de l'inscription au programme de soutien pour les patients.**
- Les autorisations préalables peuvent être limitées à une période précise ou à une certaine quantité de médicaments. Certains régimes Croix Bleue Medavie pourraient exiger que vos médicaments nécessitant une autorisation préalable soient achetés dans une pharmacie partenaire*. Si votre demande d'autorisation préalable est acceptée, un gestionnaire de cas pourrait communiquer avec vous, votre médecin ou votre programme de soutien pour les patients afin de fournir des renseignements au sujet du programme et pour faire transférer votre ordonnance à une pharmacie partenaire.
**N'est pas offert au Québec.*
- Lorsqu'elle refuse une demande d'autorisation préalable, Croix Bleue Medavie ne refuse que le paiement d'un produit; elle ne remet pas en cause l'opinion du médecin et n'émet pas non plus une opinion médicale.
- L'adhérent est responsable de payer les frais engagés pour remplir ce formulaire ou pour l'obtention de renseignements médicaux supplémentaires.
- Le renouvellement d'une autorisation préalable sera pris en considération par Croix Bleue Medavie à la demande du patient ou de l'adhérent. La demande de renouvellement doit comprendre les renseignements fournis par le médecin précisant la nécessité de poursuivre l'utilisation du médicament en question.
- La couverture des autorisations préalables dépend de votre statut continu en tant que titulaire de police ou bénéficiaire de Croix Bleue Medavie.
- S'il s'agit d'une demande en vertu de la *Mesure du patient d'exception* pour un résident du Québec, veuillez également joindre le formulaire de *Patient d'exception* dûment rempli que vous pouvez trouver ici : www.medaviebc.ca/fr/resources, en plus du présent formulaire.
- Si vous voulez obtenir plus d'information sur notre réseau centré sur le patient, notamment sur la façon dont votre programme de soutien pour les patients peut s'intégrer à nos nouvelles procédures améliorées pour les autorisations préalables, veuillez envoyer un courriel à : reseaupatient@medavie.croixbleue.ca.

1 RENSEIGNEMENTS SUR LE COORDONNATEUR

Cette section doit être remplie par le professionnel qui coordonne la demande au nom de l'adhérent (programme de soutien pour les patients, coordonnateur de soins pour le cancer ou pharmacie).

Préférence pour la communication de la décision : ☐ Fax, numéro : _____ ☐ Téléphone, numéro : _____

Nom du programme ou de la pharmacie : _____

Nom de la personne-ressource : _____ Courriel : _____

2 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**Partie A**

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
(jj/mm/aaaa)

Adresse courriel du patient (ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur) : _____

Adresse : _____ No. unité : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____

Numéro de police : _____ Numéro d'ID : _____

Possédez-vous une couverture d'assurance maladie valide dans votre province de résidence? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà acheté ce médicament sur ordonnance? ☐ Oui ☐ Non

Veillez joindre le reçu de votre paiement intégral au présent formulaire de demande. Si vous avez déjà présenté votre reçu à Croix Bleue Medavie, veuillez indiquer la date du reçu le moins récent : _____
(jj/mm/aaaa)

Partie B – Coordination des prestations

Est-ce que vous ou une personne à charge bénéficiez d'une couverture pour ce médicament en vertu d'un autre régime ou programme? ☐ Oui ☐ Non

Si la réponse est Oui, précisez : Numéro de police : _____ Assureur : _____
(Le cas échéant, veuillez joindre l'explication des garanties de l'autre assureur avec le formulaire rempli)

Si le patient est une personne à charge, veuillez fournir le jour et le mois de naissance du titulaire de la police chez l'autre assureur : _____
(jj/mm)

Programme financé par l'État – Avez-vous présenté une demande de couverture à un programme financé par l'État? ☐ Oui ☐ Non

Si la réponse est non, veuillez indiquer la raison : _____

Partie C – Autorisation

Je comprends que les renseignements personnels que j'ai fournis dans le présent formulaire sont recueillis et utilisés par Croix Bleue Medavie pour administrer les modalités de ma police ou de la police d'assurance collective à laquelle j'adhère, pour me recommander des produits et des services auxquels je suis admissible en raison de mon adhésion à une police, ainsi que pour d'autres fins applicables, tel qu'il est décrit dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à www.cbmedavie.ca.

Selon le type de couverture que je souscris, certains renseignements personnels, par exemple des données sur mes demandes de règlement ou ma santé ou encore des données financières, pourraient être recueillis auprès de tiers ou leur être communiqués, afin d'administrer et de gérer les garanties énoncées dans la police à laquelle j'adhère. Ces tiers peuvent comprendre des fournisseurs de soins de santé, d'autres compagnies d'assurance, des organismes de réglementation et d'enquête, des fournisseurs de services et le ou la titulaire de carte de tout contrat auquel j'adhère.

Si la loi le permet, mes renseignements personnels peuvent être transmis à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services dans une province autre que celle où ces données ont été recueillies. Si je réside au Québec, mes renseignements personnels pourraient être transférés ou divulgués à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services hors Québec.

Je comprends que mon consentement n'est valide que lorsqu'il est nécessaire pour les besoins décrits dans le présent document, à moins que je ne le retire. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir certains produits ou services qui pourraient nous être utiles, à moi et à mes personnes à charge. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Si vous avez des préoccupations ou des questions ou souhaitez en savoir plus sur nos pratiques en matière de renseignements, y compris sur la façon dont vos renseignements personnels sont protégés et sur la marche à suivre pour consulter ou corriger vos renseignements personnels, veuillez lire l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à www.cbmedavie.ca ou composer le 1-800-667-4511.

Signature du patient :

Date : _____
(jj/mm/aaaa)

Résidents des autres provinces
C.P. 220, MONCTON (N.-B.) E1C 8L3
TÉL. : 1-800-667-4511. TÉLÉC. : 1-844-661-2640

Résidents du Québec
C.P. 3300, SUCC. B, MONTRÉAL (QC) H3B 4Y5
TÉL. : 1-888-588-1212. TÉLÉC. : 1-514-286-8480

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
 Numéro de police/groupe : _____ Numéro de certificat (ID) : _____
 Numéro de téléphone de jour (obligatoire) : _____ Numéro de téléphone en soirée (obligatoire) : _____
 Adresse courriel du patient ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur : _____

3A Inscription au programme de soutien pour les patients (PSP)

Le patient est-il inscrit au programme de soutien pour les patients? ☐ Non ☐ Oui, indiquez le numéro d'ID du programme : _____

Indiquez le nom du programme de soutien pour les patients : _____

Numéro de téléphone du PSP : _____ Numéro de télécopieur du PSP : _____

Nom du produit	Posologie	Dosage	Diagnostic
WEGOVY (SÉMAGLUTIDE)			☐ Risque d'infarctus du myocarde (section 3B) ☐ Gestion du poids (section 3C ou 3D)
ZEPBOUND (TIRZÉPATIDE)			☐ Gestion du poids (section 3C ou 3D)
SAXENDA (LIRAGLUTIDE)			☐ Gestion du poids (section 3C ou 3D)

Indiquez la spécialité du médecin qui a entrepris ou recommandé le traitement : _____

Le patient prend-il ou a-t-il déjà pris ce médicament? ☐ Non ☐ Oui, indiquez la date de début du traitement : _____
 (jj/mm/aaaa)

↳ La couverture antérieure était fournie par : _____
 (s'il ne s'agit pas de Croix Bleue Medavie, veuillez fournir un reçu de pharmacie de l'achat du médicament)

Pour le risque d'infarctus du myocarde, veuillez compléter la section 3B.

Pour la gestion du poids, veuillez remplir la section 3C pour la demande initiale et la section 3D pour les renouvellements.

3B Risque d'infarctus du myocarde**Risque d'infarctus du myocarde**

IMC le plus récent (date) : _____ (_____)
 (jj/mm/aaaa)

Est-ce que le patient est atteint d'une maladie cardiovasculaire établie? ☐ Oui ☐ Non

↳ Si oui, cochez tout ce qui s'applique :

- ☐ Syndrome coronarien aigu (SCA)
☐ Angine stable ou instable
☐ Maladie coronarienne confirmée par angiographie
☐ Revascularisation coronarienne ou d'une autre artère (pontage aorto-coronarien, pontage fémoro-poplitée, etc.)
☐ Accident vasculaire cérébral (AVC)
☐ Accident ischémique transitoire
☐ Maladie carotidienne documentée
☐ Maladie artérielle périphérique
☐ Anévrisme de l'aorte abdominale
☐ Infarctus du myocarde (IM) → Date de l'événement : _____
 (jj/mm/aaaa)
☐ Autre. Précisez : _____

Est-ce que le patient est atteint de diabète? ☐ Oui ☐ Non

↳ Si oui, indiquez le type : ☐ Type 1 ☐ Type 2

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
Numéro de police/groupe : _____ Numéro de certificat (ID) : _____
Numéro de téléphone de jour (obligatoire) : _____ Numéro de téléphone en soirée (obligatoire) : _____
Adresse courriel du patient ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur : _____

3C Gestion du poids - Demande initiale

Gestion du poids

Veuillez indiquer tous les médicaments qui ont déjà été essayés pour traiter cette condition médicale.

- Obésité : médicament de gestion du poids (Xenical, Saxenda, Contrave, Wegovy, Zepbound), agoniste du récepteur du GLP-1 ou autre incrétine injectable (Victoza, Ozempic, Trulicity, Rybelsus, Mounjaro)

Nom du produit	Dosage	Date de début (jj/mm/aaaa)	IMC au début (kg/m²)	Date d'arrêt (jj/mm/aaaa)	IMC à l'arrêt (kg/m²)	Réponse au traitement

Est-ce que le patient a subi une chirurgie bariatrique? ☐ Oui ☐ Non

- ↳ Si oui, veuillez décrire les améliorations de l'état de santé observées depuis l'intervention (le cas échéant), notamment en ce qui concerne la santé générale, les comorbidités ou les capacités fonctionnelles :

Évaluation du patient avant le début du traitement demandé sur ce formulaire :

Date de l'évaluation :	_____ (jj/mm/aaaa)
Poids :	_____ ☐ lb ☐ kg
Taille (en cm) :	_____ cm
IMC :	_____ kg/m²
Tour de taille (en cm) :	_____ cm

Je confirme avoir vérifié les mesures ci-dessus : ☐ Oui ☐ Non

Signature du prescripteur

Sexe du patient à la naissance* : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Intersexe

Est-ce que le patient a comme origine ethnique l'Asie du Sud, l'Asie du Sud-Est ou l'Asie orientale*? ☐ Oui ☐ Non

*Ces questions sont facultatives. Les Lignes directrices canadiennes de pratique clinique de l'obésité chez l'adulte recommandent des seuils de tour de taille et/ou d'IMC différents pour les femmes et les hommes, ainsi que pour les personnes d'origine ethnique de l'Asie du Sud, l'Asie du Sud-Est ou de l'Asie orientale.

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
 Numéro de police/groupe : _____ Numéro de certificat (ID) : _____
 Numéro de téléphone de jour (obligatoire) : _____ Numéro de téléphone en soirée (obligatoire) : _____
 Adresse courriel du patient ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur : _____

3C Gestion du poids - Demande initiale (suite)**Antécédents du patient en matière de gestion du poids :**

Est-ce que le patient s'est soumis à un régime alimentaire hypocalorique ou à un autre régime alimentaire associé à une réduction du poids <u>pendant au moins 6 mois au cours des 24 derniers mois</u> ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez le(s) régime(s) alimentaire(s) et les dates : Régime(s) : _____ _____ Du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)
Est-ce que le patient s'est soumis à une augmentation du niveau d' activité physique pour la prise en charge du poids à long terme <u>pendant au moins 6 mois au cours des 24 derniers mois</u> ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez les activités physiques et les dates : Activités : _____ _____ Du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)
Est-ce que le patient a participé à des interventions comportementales pour la prise en charge du poids à long terme <u>pendant au moins 6 mois au cours des 24 derniers mois</u> ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez le nom et la spécialité du fournisseur ou du professionnel de la santé, ou le nom du programme suivi : _____ _____ Du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)

Si vous avez répondu « non » à l'une des questions ci-dessus, veuillez indiquer pourquoi :

Cochez toutes les complications liées à l'adiposité qui s'appliquent :

- ☐ Prédiabète
- ↳ ☐ Hyperglycémie modérée à jeun
- ☐ Intolérance au glucose
- ☐ Taux d'HbA1c compris entre 6 et 6,4 %
- ou
- ☐ Diabète de type 2

☐ Apnée du sommeil

Indiquez les résultats des tests, les scores et les informations qui s'y rapportent :

HbA1c : _____ % (_____ (jj/mm/aaaa))

- Si prédiabète, fournir également :

Glycémie à jeun : _____ mmol/L (_____ (jj/mm/aaaa))

Test de tolérance au glucose : _____ mmol/L (_____ (jj/mm/aaaa))

Nécessite un appareil CPAP : ☐ Oui ☐ Non

Indice d'apnées-hypopnées sans traitement CPAP : _____

Indice d'apnées-hypopnées sous CPAP, le cas échéant : _____

(suite à la page suivante)

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
 Numéro de police/groupe : _____ Numéro de certificat (ID) : _____
 Numéro de téléphone de jour (obligatoire) : _____ Numéro de téléphone en soirée (obligatoire) : _____
 Adresse courriel du patient ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur : _____

3C Gestion du poids - Demande initiale (suite)

Cochez toutes les complications liées à l'adiposité qui s'appliquent :	Indiquez les résultats des tests, les scores et les informations qui s'y rapportent :
☐ Risque cardiovasculaire ou ☐ Maladie cardiaque ↳ ☐ Angine de poitrine ☐ Mise en place d'une endoprothèse ☐ Pontage aorto-coronarien ☐ Antécédents d'infarctus du myocarde ☐ AVC ☐ Maladie vasculaire périphérique symptomatique ☐ Insuffisance cardiaque	Tension artérielle : _____ mm Hg (_____) (jj/mm/aaaa) Taux de cholestérol HDL : _____ mmol/L (_____) (jj/mm/aaaa) Taux de cholestérol total : _____ mmol/L (_____) (jj/mm/aaaa) Le patient prend-il des antihypertenseurs? ☐ Oui ☐ Non ↳ Si oui, précisez le(s) nom(s) et le(s) dosage(s) : - Si risque cardiovasculaire, fournir également : Score de Framingham : _____ % (_____) (jj/mm/aaaa)
☐ Préhypertension ou ☐ Hypertension	Tension artérielle : _____ mm Hg (_____) (jj/mm/aaaa) Le patient prend-il des antihypertenseurs? ☐ Oui ☐ Non ↳ Si oui, précisez le(s) nom(s) et le(s) dosage(s) :
☐ Diminution des capacités fonctionnelles	Nombre de volées d'escaliers que le patient est apte à gravir : _____ Le patient prend-il des analgésiques? ☐ Oui ☐ Non ↳ Si oui, précisez le(s) nom(s) et le(s) dosage(s) : Le patient a-t-il besoin d'aides à la marche? ☐ Oui ☐ Non ↳ Si oui, précisez les aides à la marche nécessaires : _____ _____

(suite à la page suivante)

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
 Numéro de police/groupe : _____ Numéro de certificat (ID) : _____
 Numéro de téléphone de jour (obligatoire) : _____ Numéro de téléphone en soirée (obligatoire) : _____
 Adresse courriel du patient ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur : _____

3C Gestion du poids - Demande initiale (suite)

Cochez toutes les complications liées à l'adiposité qui s'appliquent :	Indiquez les résultats des tests, les scores et les informations qui s'y rapportent :
☐ Résultats élevés aux tests de la fonction hépatique ou ☐ NAFLD/MASLD ou ☐ NASH/MASH	Taux d'ALT : _____ U/L (_____) (jj/mm/aaaa) - Si NAFLD/MASLD ou NASH/MASH, fournir également : Score FIB-4 : _____ (_____) (jj/mm/aaaa) Insulinémie à jeun (facultatif) : _____ ☐ uIU/mL ☐ pmol/L
☐ Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) ou ☐ Dysfonctionnement sexuel masculin	Tension artérielle : _____ mm Hg (_____) (jj/mm/aaaa) Taux de cholestérol HDL : _____ mmol/L (_____) (jj/mm/aaaa) Triglycérides : _____ mmol/L (_____) (jj/mm/aaaa) Taux de cholestérol non HDL : _____ mmol/L (_____) (jj/mm/aaaa) HbA1c : _____ % (_____) (jj/mm/aaaa) Glycémie à jeun : _____ mmol/L (_____) (jj/mm/aaaa) Test de tolérance au glucose : _____ mmol/L (_____) (jj/mm/aaaa) Le patient prend-il des antihypertenseurs? ☐ Oui ☐ Non ↳ Si oui, précisez le(s) nom(s) et le(s) dosage(s) : - Si syndrome des ovaires polykystiques, fournir également : <u>Fonction ovulatoire :</u> ☐ Cycles ovulatoires normaux ☐ Cycles oligo-ovulatoires ☐ Absence d'ovulation - Si dysfonctionnement sexuel masculin, fournir également : Le patient prend-il des médicaments contre la dysfonction érectile? ☐ Oui ☐ Non Taux de testostérone totale : _____ nmol/L (_____) (jj/mm/aaaa)

(suite à la page suivante)

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
Numéro de police/groupe : _____ Numéro de certificat (ID) : _____
Numéro de téléphone de jour (obligatoire) : _____ Numéro de téléphone en soirée (obligatoire) : _____
Adresse courriel du patient ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur : _____

3C Gestion du poids - Demande initiale (suite)

Cochez toutes les complications liées à l'adiposité qui s'appliquent :	Indiquez les résultats des tests, les scores et les informations qui s'y rapportent :
☐ Œsophagite	Cochez tout ce qui s'applique : ☐ Au moins deux épisodes de RGO par semaine ☐ Symptômes graves ☐ Œsophagite à l'endoscopie Le patient a-t-il besoin d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) tous les jours à la dose standard ou une dose plus élevée depuis plus de 8 semaines? ☐ Oui ☐ Non ↳ Précisez le(s) nom(s), le(s) dosage(s) et la durée d'utilisation :

3D Gestion du poids - Demande de renouvellement

Veillez fournir toutes les données sur l'évolution de la maladie permettant d'évaluer la réponse au traitement.

Date de l'évaluation initiale (prétraitement) : _____ (jj/mm/aaaa)
Date de l'évaluation la plus récente : _____ (jj/mm/aaaa)

Éléments mesurés :	Évaluation initiale (prétraitement) :	Évaluation la plus récente (actuelle) :
Poids :	_____ ☐ lb ☐ kg	_____ ☐ lb ☐ kg
Taille (en cm) :	_____ cm	_____ cm
IMC :	_____ kg/m ²	_____ kg/m ²
Tour de taille (en cm) :	_____ cm	_____ cm

Est-ce que le patient prend **Wegovy** à 2,4 mg par semaine ou la dose maximale tolérée de 1,7 mg par semaine depuis au moins 12 semaines? ☐ Oui ☐ Non

ou

Est-ce que le patient prend **Zepbound** à 5 mg par semaine ou plus depuis au moins 12 semaines? ☐ Oui ☐ Non

ou

Est-ce que le patient prend **Saxenda** à 3 mg par semaine ou la dose maximale tolérée de 2,4 mg par semaine depuis au moins 12 semaines? ☐ Oui ☐ Non

↳ Si vous avez répondu « non » à l'une des questions ci-dessus, précisez depuis combien de semaines le patient prend cette dose : _____ semaines

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
 Numéro de police/groupe : _____ Numéro de certificat (ID) : _____
 Numéro de téléphone de jour (obligatoire) : _____ Numéro de téléphone en soirée (obligatoire) : _____
 Adresse courriel du patient ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur : _____

3D Gestion du poids - Demande de renouvellement (suite)

Indiquez les résultats de tests, les scores et les informations démontrant une amélioration des complications liées à l'adiposité du patient :		
Éléments évalués	Initiale (prétraitement)	Plus récent
HbA1c (%) :		
Glycémie à jeun (mmol/L) :		
Test de tolérance au glucose (mmol/L) :		
Tension artérielle (mm Hg) :		
Nom(s) et dosage(s) des antihypertenseurs :		
Taux de cholestérol HDL (mmol/L) :		
Taux de cholestérol total (mmol/L) :		
Triglycérides (mmol/L) :		
Taux de cholestérol non HDL (mmol/L) :		
Score de Framingham (%) :		
Le patient a subi un nouvel infarctus du myocarde ou AVC :	S. O.	☐ Oui ☐ Non
Le patient a subi une nouvelle hospitalisation d'origine cardiovasculaire :	S. O.	☐ Oui ☐ Non
Le patient a subi une nouvelle revascularisation coronarienne :	S. O.	☐ Oui ☐ Non
Nombre de volées d'escaliers que le patient est apte à monter :		
Amélioration de la fonctionnalité des genoux (c.-à-d. vitesse et distance de marche) :	S. O.	☐ Oui ☐ Non
Utilise des aides à la marche :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Nom(s) et dosage(s) des analgésiques utilisés en lien avec une atteinte fonctionnelle :		
Taux d'ALT (U/L) :		
Score FIB-4 :		
Insulinémie à jeun (☐ uUI/mL ☐ pmol/L) :		
Nécessite un CPAP :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Indice d'apnées-hypopnées <u>sous CPAP</u> :		

(suite à la page suivante)

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SPÉCIALISÉ

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
Numéro de police/groupe : _____ Numéro de certificat (ID) : _____
Numéro de téléphone de jour (obligatoire) : _____ Numéro de téléphone en soirée (obligatoire) : _____
Adresse courriel du patient ou du tuteur légal s'il s'agit d'une personne d'âge mineur : _____

3D Gestion du poids - Demande de renouvellement (suite)

Indiquez les résultats de tests, les scores et les informations démontrant une amélioration des complications liées à l'adiposité du patient :		
Éléments évalués	Initiale (prétraitement)	Plus récent
Symptômes de l'œsophagite (précisez) :		
Nom(s), dosage(s) et durée d'utilisation des IPP :		
Fonction ovulatoire :	☐ Cycles ovulatoires normaux ☐ Cycles oligo-ovulatoires ☐ Absence d'ovulation	☐ Cycles ovulatoires normaux ☐ Cycles oligo-ovulatoires ☐ Absence d'ovulation
Taux de testostérone totale (nmol/L) :		
Diminution des incidents liés à la dysfonction érectile :	S. O.	☐ Oui ☐ Non
Nom(s), dosage(s) et fréquence d'utilisation des médicaments contre la dysfonction érectile :		

3E Renseignements supplémentaires

Prière d'indiquer tout renseignement supplémentaire se rapportant à cette demande.

i DÉCLARATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

J'atteste que les renseignements fournis sur toutes les pages de cette demande sont véridiques, exacts et complets.

Prénom : _____ Nom : _____ No. de permis : _____

Spécialité : _____

Clinique : _____

Adresse : _____ No. unité : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature : _____ Date : _____
(jj/mm/aaaa)

Il importe que toutes les précisions entourant l'information demandée soient communiquées pour éviter les retards dans le traitement des demandes de règlement relatives au médicament visé. Ce formulaire peut faire l'objet d'une vérification.

Résidents des autres provinces
C.P. 220, MONCTON (N.-B.) E1C 8L3
TÉL. : 1-800-667-4511. TÉLÉC. : 1-844-661-2640

Résidents du Québec
C.P. 3300, SUCC. B, MONTRÉAL (QC) H3B 4Y5
TÉL. : 1-888-588-1212 TÉLÉC. : 1-514-286-8480