

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT			
Nom de l'adhérent :		Numéro de Certificat :	Numéro de groupe:
Adresse complète:			
Ville :	Province :		Code postal :
Téléphone :		Adresse courriel :	
Nom de l'employeur/titulaire de la police :			
SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT			
Nom du patient:			
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :		Lien avec adhérent:	
Avez-vous présenté une demande de couverture auprès d'un programme provincial?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre demande de couverture auprès du programme provincial pour ce médicament ou fourniture a-t-elle été approuvée?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si vous avez présenté une demande de couverture auprès d'un programme provincial, veuillez nous fournir une copie de la lettre de refus ou d'acceptation.			
Êtes-vous inscrit à un programme d'aide aux patients offert par un fabricant pharmaceutique?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, veuillez fournir votre numéro d'identification au titre du programme d'aide aux patients: _____			
SECTION 3 - AUTORISATION ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
<p>J'autorise tout professionnel de la santé (médecin, pharmacien, dentiste), toute personne (fournisseur de services), toute autre compagnie d'assurance, tout établissement public ou privé de la santé, tout organisme gouvernemental en rapport avec la santé ou les services sociaux, à divulguer et à échanger des renseignements demandés par l'assureur ou AGA Assurances Collectives, nécessaires à l'étude de ma demande d'autorisation préalable pour ce médicament.</p>			
Signature du patient:		Date:	
Signature de l'adhérent lorsque l'assuré est mineur :		Date:	
SECTION 4 - MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE			
Nom du médicament visé par cette demande :			
Posologie :			
Forme pharmaceutique :		Teneur/Force :	
Durée prévue du traitement	Du (AAAA-MM-JJ):	Au (AAAA-MM-JJ):	
Diagnostic :		Date initiale du diagnostic (AAAA-MM-JJ):	
Le médicament sera administré à l'endroit suivant :			
<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Centre de santé et services sociaux	<input type="checkbox"/> Centre de soins de longu.	<input type="checkbox"/> Clinique privée
<input type="checkbox"/> Hôpital - patient interne	<input type="checkbox"/> Hôpital - patient externe	<input type="checkbox"/> Ailleurs. Précisez : _____	
Si le traitement n'est pas administré à domicile, veuillez fournir les renseignements suivants :			
Nom du lieu où aura lieu l'administration du médicament :		Téléphone:	
Adresse complète:	Ville:	Province:	Code Postal:
SECTION 5 - TYPE DE DEMANDE			
<input type="checkbox"/> Demande initiale	<input type="checkbox"/> Poursuite de traitement	<input type="checkbox"/> Modification de traitement	

SECTION 6- TRAITEMENTS ANTÉRIEURS

Veuillez fournir la liste des médicaments et/ou traitements utilisés à ce jour pour contrôler cette condition

Nom du médicament/traitement prescrit présentement ou par le passé	Teneur - concentration - force / Posologie	Début traitement (AAAA-MM-JJ)	Date d'arrêt (AAAA-MM-JJ)	Réaction du patient au traitement : exemple : aucune, allergie, intolérance, inefficacité, rechute, etc.. (veuillez préciser)
				<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Autres Précisez : _____
				<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Autres Précisez : _____
				<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Autres Précisez : _____
				<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Autres Précisez : _____

SECTION 7 - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SPÉCIFIQUES À CETTE DEMANDE

DIAGNOSTIC

- Dystonie cervicale Strabisme Blépharospasme Pied bot équin Migraines
 Hyperhidrose axillaire gr Spasticité focale Hyperactivité de la vessie
 Hyperactivité neurogène du détrusor associé à une affection neurologique
 Autre condition grave de spasticité. Précisez : _____
 Autre indication thérapeutique. Précisez : _____

BLÉPHAROSPASME

Le patient est-il atteint de l'une des affections suivantes?

- Blépharospasme essentiel bénin
 Dystonie cervicale
 Trouble du nerf facial (VII)

MIGRAINES

Nombre de jours de céphalées par mois au moment du diagnostic : Moins de 4 jours Entre 4 et 14 jours 15 jours ou plus

Nombre de migraines par mois : _____

Est-ce que ces symptômes durent depuis plus de 3 mois? Oui Non

Les maux de têtes durent-ils au moins 4 heures? Oui Non

Score obtenue au Headache impact Test (HIT-6) : _____ Date du test (AAAA/MM/JJ) : _____

Le médicament sera-t-il utilisé en association avec un autre traitement préventif pour les migraines? Oui Non

Si oui, précisez le traitement en question : _____

Veuillez préciser les zones à injecter et le nombre d'unités requis pour le traitement : _____

HYPERHIDROSE AXILLAIRE GRAVE

Précisez le degré d'atteinte sur les plans fonctionnel et psychosocial : Léger Modéré Important

Décrive les atteintes observées : _____

Indiquez si le patient à utilisé Drysol : Oui Non Si oui, indiquez la force : 20% 12% 6,25%

SPASTICITÉ FOCALE

Le patient est-il atteint de spasticité focale des membres supérieurs ou inférieurs? Membres supérieurs Membres inférieurs

HYPERACTIVITÉ NEUROGÈNE DÉTRUSOR

L'hyperactivité du détrusor est-elle associée à la sclérose en plaques? Oui Non

L'hyperactivité du détrusor est-elle associée à une lésion du rachis cervical inférieur? Oui Non

SECTION 7 - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SPÉCIFIQUES À CETTE DEMANDE (SUITE)**HYPERACTIVITÉ DE LA VESSIE**

Cocher les symptômes présents chez le patient:

 Urgence urinaire
 Fréquence urinaire
 Incontinence urinaire
 Incontinence urinaire à l'effort
SECTION 8 - RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRE À LA POURSUITE**MIGRAINES**La fréquence des céphalées a diminué de :
 0 à 24%
 25 à 49%
 50 à 74%
 75 à 100%

Indiquez le plus récent score obtenu au Hit-6 : _____ Date du test (AAAA/MM/JJ) : _____

HYPERHIDROSE AXILLAIRE GRAVEDiminution de la sudation :
 Oui
 Non

Décrivez les effets bénéfiques observés : _____

Amélioration des atteintes sur les plans fonctionnel et psychosocial :
 Oui
 Non

Décrivez les effets bénéfiques observés : _____

SECTION 9 - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (facultatif)**SECTION 10 - SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ**

Nom du prescripteur autorisé en lettres moulées :

Spécialité:

Signature du prescripteur autorisé :

Numéro de licence:

Date :

SECTION 11 - INFORMATION IMPORTANTE POUR LE PATIENT

Certains frais peuvent être exigés pour remplir le présent formulaire, il est de la responsabilité du patient de les acquitter.
 Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.
 Joindre tout document supplémentaire exigé sur ce formulaire.
 L'étude de votre demande pourrait être retardée si nous n'avons pas tous les renseignements nécessaires.
 Le médicament sera admissible seulement s'il rencontre les critères établis par l'assureur.

COMMENT RETOURNER CE FORMULAIREPar courriel : **exceptions@aga.ca**

Par télécopieur : (514) 935-1147

 Par la poste: AGA Assurances Collectives
 3500, boul. De Maisonneuve Ouest, Suite 2200
 Westmount, Québec, H3Z 3C1