

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?		☐ OUI	☐ NON
Votre demande de couverture auprès du programme provincial pour ce médicament ou fourniture a-t-elle été approuvée?		☐ OUI	☐ 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?		☐ OUI	☐ NON
Si oui, veuillez fournir votre numéro d'identification au titre du programme d'aide aux patients: _____			
SECTION 3 - AUTORISATION ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
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.			
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 :			
☐ Domicile	☐ Centre de santé et services sociaux	☐ Centre de soins de longue durée	☐ Clinique privée
☐ Hôpital - patient interne	☐ Hôpital - patient externe	☐ 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			
☐ Demande initiale	☐ Poursuite de traitement	☐ 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)
				☐ Allergie ☐ Intolérance ☐ Inefficacité ☐ Rechute ☐ Autres Précisez : _____
				☐ Allergie ☐ Intolérance ☐ Inefficacité ☐ Rechute ☐ Autres Précisez : _____
				☐ Allergie ☐ Intolérance ☐ Inefficacité ☐ Rechute ☐ Autres Précisez : _____
				☐ Allergie ☐ Intolérance ☐ Inefficacité ☐ Rechute ☐ Autres Précisez : _____
SECTION 7 - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SPÉCIFIQUES À CETTE DEMANDE				
MÉDICAMENT BIOLOGIQUE				
Les demandes d'autorisation pour le médicament biologique HUMIRA ne seront plus considérées, sauf exception, puisque des médicaments biosimilaires sont disponibles sur le marché. Si le patient est dans une situation ne lui permettant pas de faire la transition vers une version biosimilaires d'HUMIRA, veuillez l'indiquer ci-dessous : ☐ Femme enceinte - Date prévue de l'accouchement (AAAA/MM/JJ) : _____ ☐ Patient pédiatrique ☐ Patient ayant présenté un échec thérapeutique à au moins 2 autres médicaments biologiques Veuillez préciser les médicaments biologiques essayés : _____ ☐ Autre - Veuillez fournir une justification médicale suffisamment documentée.				
DIAGNOSTIC				
☐ Arthrite idiopathique juvénile ☐ Arthrite psoriasique ☐ Polyarthrite rhumatoïde ☐ Colite ulcéreuse ☐ Maladie de Crohn ☐ Spondylite ankylosante ☐ Psoriasis en plaques ☐ Hidrosadénite suppurée ☐ Uvéite ☐ Autre. Précisez : _____				
ARTHRITE IDIOPATHIQUE JUVÉNILE				
La condition est-elle de forme modérée ou grave? ☐ Modérée ☐ Grave L'adalimumab sera-t-il utilisé en association au méthotrexate? ☐ Oui ☐ Non Si non, veuillez spécifier les raisons : ☐ Contre-indication ☐ Intolérance ☐ Autre. Précisez : _____				
Veuillez confirmer les données pré-traitement suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues : Taux de protéine C-réactive Évaluation initiale : _____ mg/L Date (AAAA/MM/JJ) : _____ Vitesse de sédimentation Évaluation initiale : _____ mm/h Date (AAAA/MM/JJ) : _____				
Nombre d'articulations avec synovite active : _____ Suite aux traitements antérieurs, la maladie est-elle active? ☐ Oui ☐ Non				
ARTHRITE PSORIASIQUE OU POLYARTHRITE RHUMATOÏDE				
☐ Arthrite psoriasique (forme rhumatoïde) ☐ Forme périphérique ☐ Arthrite psoriasique (forme autre que rhumatoïde) ☐ Forme axiale ☐ Polyarthrite rhumatoïde La condition est-elle de forme modérée ou grave? ☐ Modérée ☐ Grave				

ARTHRITE PSORIASIQUE OU POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (SUITE)

Veillez confirmer les données pré-traitement suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues :

HAQ	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
Taux de protéine C-réactive	Évaluation initiale : _____ mg/L	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
CDAI	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
DAS28	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
SDAI	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
BASDAI	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
Vitesse de sédimentation	Évaluation initiale : _____ mm/h	Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Nombre d'articulations avec synovite active : _____

Présence d'un facteur rhumatoïde positif? ☐ Oui ☐ Non

Présence d'érosions au plan radiologique? ☐ Oui ☐ Non

COLITE ULCÉREUSE

La condition est-elle de forme modérée ou grave? ☐ Modérée ☐ Grave

Veillez confirmer les données suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues :

MAYO	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<i>Sous-score endoscopique</i>	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<i>Sous-score de rectorragie</i>	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<i>Score MAYO partiel</i>	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
PUCAI	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Est-ce que le médicament a été débuté à l'hôpital? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser les informations suivantes : Date d'admission (AAAA/MM/JJ) : _____ Date de congé (AAAA/MM/JJ) : _____

Le médicament sera-t-il utilisé en association avec d'autres traitements pour la colite ulcéreuse? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le(s) traitement(s) : _____

MALADIE DE CROHN

La condition est-elle de forme modérée ou grave? ☐ Modérée ☐ Grave

Pour la maladie **chez les adultes**, veuillez confirmer les données pré-traitement suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues :

CDAI	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
HBI	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Pour la maladie **pédiatrique**, veuillez confirmer les données pré-traitement suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues :

PCDAI	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
--------------	-----------------------------	---------------------------

Est-ce que le patient a déjà été hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser les informations suivantes : Date d'admission (AAAA/MM/JJ) : _____ Date de congé (AAAA/MM/JJ) : _____

Le patient a-t-il reçu un diagnostic de maladie de Crohn fistulisante? ☐ Oui ☐ Non

Site de la maladie et complications: _____

Le patient a-t-il fait l'essai de stéroïdes par voie intraveineuse pendant une période minimale de trois jours lors d'une hospitalisation? ☐ Oui ☐ Non

Continuez à la page 4

SPONDYLITE ANKYLOSANTE			
☐ Forme périphérique ☐ Forme axiale La condition est-elle de forme modérée ou grave? ☐ Modérée ☐ Grave Veuillez confirmer les données pré-traitement suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues :			
BASDAI	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____	
ASDAS	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____	
HAQ	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____	
BASFI	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____	
Est-ce que le patient présente une uvéite? ☐ Oui ☐ Non			
PSORIASIS EN PLAQUES			
La condition est-elle de forme modérée ou grave? ☐ Modérée ☐ Grave Veuillez confirmer les données pré-traitement suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues :			
DLQI	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____	
PASI	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____	
BASFI	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____	
% de la BSA	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____	
Y a-t-il présence de plaques importantes? ☐ Oui ☐ Non			
Veuillez préciser les parties du corps atteintes : ☐ Visage ☐ Mains ☐ Pieds ☐ Région génitale ☐ Autre. Précisez : _____			
Y a-t-il eu un échec à un traitement de photothérapie? ☐ Oui ☐ Non			
Nombre de séances : _____ Durée du traitement (mois) : _____			
Indiquez la raison pour laquelle le traitement de photothérapie a dû être interrompu : _____			
HIDROSADÉNITE SUPPURÉE			
La condition est-elle de forme modérée ou grave? ☐ Modérée ☐ Grave À quel stade Hurley les lésions sont-elles ? ☐ I ☐ II ☐ III Veuillez indiquer le nombre d'abcès, de nodules inflammatoires ou de lésions : _____ Le patient a-t-il eu une réponse insatisfaisante à une antibiothérapie orale d'une durée de trois mois ou plus? ☐ Oui ☐ Non Le patient présente-t-il des lésions dans au moins deux régions anatomiques distinctes? ☐ Oui ☐ Non			
UVÉITE			
☐ Uvéite chez l'enfant ☐ Uvéite chez l'adulte Veuillez confirmer les données pré-traitement suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues selon les critères du groupe de travail <i>Standardization of Uveitis Nomenclature</i> et les critères du NEI : Grade cellulaire de la chambre antérieure Évaluation initiale : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____ Grade de hyalite de la chambre antérieure Évaluation initiale : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____ Veuillez confirmer les données pré-traitement suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues selon le tableau du <i>Early Treatment in Diabetic Retinopathy Study</i> Meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) Évaluation initiale : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____			
L'adalimumab sera-t-il utilisé en association au méthotrexate? ☐ Oui ☐ Non Si non, veuillez spécifier les raisons : ☐ Contre-indication ☐ Intolérance ☐ Autre. Précisez : _____			
Précisez le type d'uvéite : ☐ Antérieur ☐ Intermédiaire ☐ Postérieure ☐ Panuvéite L'uvéite est : ☐ Infectieuse ☐ Non infectieuse La maladie est-elle active? ☐ Oui ☐ Non La maladie est-elle associée à une arthrite idiopathique juvénile? ☐ Oui ☐ Non			

UVÉITE (SUITE)			
Le patient est-il dépendant aux corticostéroïdes? ☐ Oui ☐ Non			
Le patient a-t-il des antécédents documentés d'au moins une exacerbation de la maladie produite au cours des derniers 18 mois qui ont suivi le début du traitement par corticostéroïdes oraux? ☐ Oui ☐ Non			
Si oui, indiquez si cette exacerbation s'est déclenchée dans les 28 jours suivants le sevrage du traitement par corticostéroïdes oraux : ☐ Oui ☐ Non			
Indiquez le nombre de lésions inflammatoires vasculaires rétinienues ou chorioretiniennes actives : _____			
SECTION 8 - RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRE À LA POURSUITE			
POLYARTHRITE RHUMATOÏDE OU ARTHRITE PSORIASIQUE			
Veuillez confirmer les données suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues :			
HAQ	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
Protéine C-réactive	Évaluation initiale : _____ mg/L	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
CDAI	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
ARC	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
Vitesse de sédimentation	Évaluation initiale : _____ mm/h	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
Nombre d'articulations avec synovite active lors de l'évaluation initiale : _____			
Nombre d'articulations avec synovite active lors de l'évaluation la plus récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____			
Le patient est-il de retour au travail? ☐ Oui ☐ Non			
Si oui, veuillez préciser la date de retour (AAAA/MM/JJ) : _____			
COLITE ULCÉREUSE			
Veuillez confirmer les données suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues :			
MAYO	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<i>Sous-score endoscopique</i>	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<i>Sous-score de rectorragie</i>	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<i>Score MAYO partiel</i>	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
Est-ce qu'il y a une amélioration dans la fréquence des selles ou des saignements rectaux? ☐ Oui ☐ Non			
MALADIE DE CROHN			
Pour la maladie chez les adultes , veuillez confirmer les données suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues :			
CDAI	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
HBI	Évaluation initiale : _____ mg/L	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
Pour la maladie pédiatrique , veuillez confirmer les données suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues :			
PCDAI	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
SPONDYLITE ANKYLOSANTE			
Veuillez confirmer les données suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues :			
BASDAI	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
HAQ	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
BASFI	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
Le patient est-il de retour au travail? ☐ Oui ☐ Non			
Si oui, veuillez préciser la date de retour (AAAA/MM/JJ) : _____			

PSORIASIS EN PLAQUES

Veillez confirmer les données suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues :

PASI	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
DLQI	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
% de surface corporelle touchée	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Amélioration significative des lésions corporelles : ☐ Oui ☐ Non

HIDROSADÉNITE SUPPURÉE

Est-ce qu'il y a une amélioration mais une réponse sous-optimale après au moins 12 semaines de traitement? ☐ Oui ☐ Non

Veillez indiquer le nombre d'abcès, de nodules inflammatoires ou de lésions : _____

Pré-traitement (AAAA/MM/JJ) : _____ Récente (AAAA/MM/JJ) : _____

Augmentation des fistules ou du drainage : ☐ Oui ☐ Non

Le nombre d'abcès/nodules inflammatoires/lésions a-t-il augmenté ou diminué depuis le début du traitement? ☐ Augmentation ☐ Diminution

UVÉITE

☐ Uvéite chez l'enfant ☐ Uvéite chez l'adulte

Veillez confirmer les données pré-traitement suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues selon les critères du groupe de travail *Standardization of Uveitis Nomenclature* et les critères du NEI :

Grade cellulaire de la chambre antérieure	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
Grade de hyalite de la chambre antérieure	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Veillez confirmer les données pré-traitement suivantes ainsi que les dates auxquelles elles ont été obtenues selon le tableau du *Early Treatment in Diabetic Retinopathy Study*

Meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC)	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
--	-----------------------------	----------------------------	---------------------------

Est-ce qu'il y a eu une amélioration ou une stabilisation de la vision? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce qu'il y a eu une absence soutenue d'évolution ou de la maladie? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que la prise de corticostéroïdes a été réduite graduellement ou arrêtée? ☐ Oui ☐ Non

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 FORMULAIRE

Par 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