

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	☐ 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

Veillez fournir la liste des médicaments et/ou traitements utilisés à ce jour pour contrôler cette condition (**Obésité : médicament de gestion du poids (Xenical, Saxenda, Contrave, Wegovy), agoniste du récepteur du GLP-1 ou autre incrétine injectable (Victoza, Ozempic, Trulicity, Rybelsus, Mounjaro).**

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

DIAGNOSTIC

- ☐ Gestion d'un problème de poids chronique
- ☐ Risque d'infarctus du myocarde
- ☐ Autre. Précisez : _____

GESTION D'UN PROBLÈME DE POIDS CHRONIQUE

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

Poids Évaluation initiale : _____ kg/lbs Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Taille Évaluation initiale : _____ cm/pouces Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Circonférence de la taille Évaluation initiale : _____ cm/pouces Date (AAAA/MM/JJ) : _____

IMC Évaluation initiale : _____ kg/m² Date (AAAA/MM/JJ) : _____

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

Le médicament sera-t-il utilisé en association avec d'autres agonistes des récepteurs GLP-1? ☐ Oui ☐ Non

Le patient participe-t-il activement à :

- ☐ Un programme de modification de l'alimentation et des comportements visant la perte de poids
- ☐ Un programme d'exercice physique

Le patient a-t-il échoué précédemment à une intervention de gestion du poids? ☐ Oui ☐ Non

Sexe du patient à la naissance* ☐ Femme ☐ Homme ☐ 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.*

RISQUE D'INFARCTUS DU MYOCARDE

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) ☐ Maladie coronarienne confirmée par angiographie

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

Est-ce que le patient est atteint de diabète? ☐ Oui ☐ Non ➡ Si oui, indiquez le type: ☐ Type 1 ☐ Type 2

Continuez à la page 3

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 _____ au _____
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 : Activité(s) : _____ Du _____ au _____
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 _____ au _____
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 :	Indiquez les résultats des tests, les scores et les informations qui s'y rapportent :
☐ Prédiabète ☐ <i>Hyperglycémie modérée à jeun</i> ☐ <i>Intolérance au glucose</i> ☐ <i>Taux d'HbA1c compris entre 6 et 6,4 %</i> ou ☐ Diabète de type 2	HbA1c : _____ % (Date: _____) Si prédiabète, fournir également : Glycémie à jeun : _____ mmol/L (Date: _____) Test de tolérance au glucose : _____ mmol/L (Date: _____)
☐ Apnée du sommeil	Indice d'apnées-hypopnées : _____ Nécessite un appareil CPAP: ☐ Oui ☐ Non
☐ 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 : _____ mmHg (Date: _____) Taux de cholestérol HDL : _____ mmol/L (Date: _____) Taux de cholestérol total : _____ mmol/L (Date: _____) 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 : _____ % (Date: _____)
☐ Préhypertension ou ☐ Hypertension	Tension artérielle : _____ mmHg (Date: _____) Le patient prend-il des antihypertenseurs? ☐ Oui ☐ Non ☐ Si oui, précisez le(s) nom(s) et le(s) dosage(s) : _____ _____ _____

☐ Diminution des capacités fonctionnelles ou de la mobilité	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 : _____ _____
☐ Résultats élevés aux tests de la fonction hépatique ou ☐ NAFLD/MASLD ou ☐ NASH/MASH	Taux d'ALT : _____ U/L (Date: _____) <u>Si NAFLD/MASLD ou NASH/MASH, fournir également :</u> Score FIB-4 : _____ U/L (Date: _____) Insulinémie à jeun (facultatif) : _____ ☐ uIU/mL ☐ pmol/L
☐ Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) ou ☐ Dysfonctionnement sexuel masculin	Tension artérielle : _____ mmHg (Date: _____) Taux de cholestérol HDL : _____ mmol/L (Date: _____) Triglycérides : _____ mmol/L (Date: _____) Taux de cholestérol non HDL : _____ mmol/L (Date: _____) HbA1c : _____ % (Date: _____) Glycémie à jeun: _____ mmol/L (Date: _____) Test de tolérance au glucose: _____ mmol/L (Date: _____) Le patient prend-il des antihypertenseurs? ☐ Oui ☐ Non ▶ Si oui, précisez le(s) nom(s) et le(s) dosage(s) : _____ _____ <u>Si syndrome des ovaires polykystiques, fournir également :</u> <u>Fonction ovulatoire :</u> ☐ Cycles ovulatoires normaux ☐ Cycles oligo-ovulatoires ☐ Absence d'ovulation <u>Si syndrome des ovaires polykystiques, fournir également :</u> Le patient prend-il des médicaments contre la dysfonction érectile? ☐ Oui ☐ Non Taux de testostérone totale : _____ mmol/L (Date: _____)

☐ Œsophagite	<u>Cochez tout ce qui s'applique :</u> ☐ 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 : _____ _____ _____
-------------------------------------	--

SECTION 8 - RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRE À LA POURSUITE

Le patient a-t-il perdu au moins 5% de son poids initial? ☐ Oui ☐ Non

Date de l'évaluation initiale (prétraitement) : _____ Date de l'évaluation la plus récente : _____

Éléments mesurés:	Évaluation initiale (prétraitement):	Évaluation la plus récente (actuelle):
Poids :	_____ kg/lbs	_____ kg/lbs
Taille (en cm) :	_____ cm	_____ cm
IMC :	_____ kg/m2	_____ kg/m2
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

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

Indiquez les résultats de tests, les scores et les informations démontrant une amélioration des complications liées à l'adiposité du patient :

Éléments mesurés:	Évaluation initiale (prétraitement):	Évaluation la plus récente (actuelle):
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 :		
Taux d'ALT (U/L) :		
Score FIB-4 :		
Insulinémie à jeun (☐ uUI/mL ☐ pmol/L) :		
Indice d'apnées-hypopnées :		
Nécessite un CPAP :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Amélioration des 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 :		

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