

| 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><b>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.</b></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

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

## SECTION 7 - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SPÉCIFIQUES À CETTE DEMANDE

### DIAGNOSTIC

- ☐ Gestion d'un problème de poids chronique  
☐ Risque d'infarctus du myocarde  
☐ Stéatohépatite associé à un dysfonctionnement métabolique (MASH)  
☐ 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/m<sup>2</sup> 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.**

### STÉATOHÉPATITE ASSOCIÉ À UN DYSFONCTIONNEMENT MÉTABOLIQUE (MASH)

Le patient est-il atteint de fibrose hépatique modérée ou avancée (correspondant au stade F2 ou F3)? ☐ Oui ☐ Non

Le diagnostic a-t-il été confirmé par un spécialiste spécialisé dans la gestion de la MASH (p. ex. un gastroentérologue ou un hépatologue)? ☐ Oui ☐ Non

Veillez indiquer quel test a été effectué pour vérifier le diagnostic de MASH :

- ☐ Biopsie hépatique Date (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_  
☐ Élastographie par résonance magnétique (ERM) Date (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_  
☐ Élastographie par ondes de cisaillement (EOC) Date (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_  
☐ Élastographie transitoire contrôlée par vibration (VCTE, p. ex. FibroScan) Date (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

Continuez à la page 3

Le patient présente-t-il une cause documentée de maladie hépatique chronique autre que la MASLD (Ex: stéatohépatite alcoolique, stéatose hépatique aiguë, hépatite chronique active auto-immune, hépatite A-B ou C, hémochromatose, maladie hépatique induite par les médicaments) ? ☐ Oui ☐ Non

Le patient présente-t-il un NAS  $\geq 4$  avec stéatose  $> 1$ , ballonisation  $> 1$  et inflammation lobulaire  $> 1$  ? ☐ Oui ☐ Non

Le patient présente-t-il une cirrhose décompensée? ☐ Oui ☐ Non

Le patient présente-t-il une consommation d'alcool significative ( $> 20$  g par jour pour les femmes et  $> 30$  g par jour pour les hommes)? ☐ Oui ☐ Non

Le patient présente-t-il un excès de poids ou une obésité? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le médicament sera-t-il utilisé avec un régime faible en calories, plus d'activité physique et une modification du comportement? ☐ Oui ☐ Non

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

#### 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'évènement: \_\_\_\_\_

☐ Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

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

#### Antécédents du patient en matière de gestion du poids :

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Est-ce que le patient s'est soumis à un <b>régime alimentaire</b> 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> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, précisez le(s) régime(s) alimentaire(s) et les dates :<br>Régime(s) : _____<br>Du _____ au _____                                           |
| Est-ce que le patient s'est soumis à une augmentation du niveau d' <b>activité physique</b> pour la prise en charge du poids à long terme <u>pendant au moins 6 mois au cours des 24 derniers mois</u> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non         | Si oui, précisez les activités physiques et les dates :<br>Activité(s) : _____<br>Du _____ au _____                                                |
| Est-ce que le patient a participé à des <b>interventions comportementales</b> pour la prise en charge du poids à long terme <u>pendant au moins 6 mois au cours des 24 derniers mois</u> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                       | Si oui, précisez le nom et la spécialité du fournisseur ou du professionnel de la santé, ou le nom du programme suivi : _____<br>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 :                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prédiabète<br><input type="checkbox"/> Hyperglycémie modérée à jeun<br><input type="checkbox"/> Intolérance au glucose<br><input type="checkbox"/> Taux d'HbA1c compris entre 6 et 6,4 %<br><b>ou</b> <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 | HbA1c : _____ % (Date: _____)<br><br><b>Si prédiabète, fournir également :</b><br>Glycémie à jeun: _____ mmol/L (Date: _____)<br>Test de tolérance au glucose: _____ mmol/L (Date: _____) |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Indice d'apnées-hypopnées : _____<br>Nécessite un appareil CPAP: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Risque cardiovasculaire <b>ou</b><br><input type="checkbox"/> Maladie cardiaque<br><input type="checkbox"/> Angine de poitrine<br><input type="checkbox"/> Mise en place d'une endoprothèse<br><input type="checkbox"/> Pontage aorto-coronarien<br><input type="checkbox"/> Antécédents d'infarctus du myocarde<br><input type="checkbox"/> AVC<br><input type="checkbox"/> Maladie vasculaire périphérique symptomatique<br><input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | Tension artérielle : _____ mmHg (Date: _____)<br>Taux de cholestérol HDL : _____ mmol/L (Date: _____)<br>Taux de cholestérol total : _____ mmol/L (Date: _____)<br>Le patient prend-il des antihypertenseurs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Si oui, précisez le(s) nom(s) et le(s) dosage(s) : _____<br>_____<br><b>Si risque cardiovasculaire, fournir également :</b><br>Score de Framingham : _____ % (Date: _____)                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Préhypertension<br>ou<br><input type="checkbox"/> Hypertension                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Tension artérielle : _____ mmHg (Date: _____)<br>Le patient prend-il des antihypertenseurs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Si oui, précisez le(s) nom(s) et le(s) dosage(s) : _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Diminution des capacités fonctionnelles ou de la mobilité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nombre de volées d'escaliers que le patient est apte à gravir : _____<br>Le patient prend-il des analgésiques? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Si oui, précisez le(s) nom(s) et le(s) dosage(s) : _____<br>_____<br>_____<br>Le patient a-t-il besoin d'aides à la marche? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Si oui, précisez les aides à la marche nécessaires : _____<br>_____<br>_____                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Résultats élevés aux tests de la fonction hépatique<br>ou<br><input type="checkbox"/> NAFLD/MASLD<br>ou<br><input type="checkbox"/> NASH/MASH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Taux d'ALT : _____ U/L (Date: _____)<br><b>Si NAFLD/MASLD ou NASH/MASH, fournir également :</b><br>Score FIB-4 : _____ U/L (Date: _____)<br>Insulinémie à jeun (facultatif) : _____ <input type="checkbox"/> uIU/mL <input type="checkbox"/> pmol/L                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Œsophagite                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Cochez tout ce qui s'applique :</b><br><input type="checkbox"/> Au moins deux épisodes de RGO par semaine<br><input type="checkbox"/> Symptômes graves<br><input type="checkbox"/> Œsophagite à l'endoscopie<br>Le patient a-t-il besoin d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP)<br>tous les jours à la dose standard ou une dose plus élevée depuis<br>plus de 8 semaines? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Précisez le(s) nom(s), le(s) dosage(s) et la durée d'utilisation : _____<br>_____<br>_____<br>_____ |

|                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)<br>ou<br><input type="checkbox"/> Dysfonctionnement sexuel masculin | Tension artérielle : _____ mmHg (Date: _____)<br>Taux de cholestérol HDL : _____ mmol/L (Date: _____)<br>Triglycérides : _____ mmol/L (Date: _____)<br>Taux de cholestérol non HDL : _____ mmol/L (Date: _____)<br>HbA1c : _____ % (Date: _____)<br>Glycémie à jeun : _____ mmol/L (Date: _____)<br>Test de tolérance au glucose : _____ mmol/L (Date: _____)<br>Le patient prend-il des antihypertenseurs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>↳ Si oui, précisez le(s) nom(s) et le(s) dosage(s) : _____<br><b><u>Si syndrome des ovaires polykystiques, fournir également :</u></b><br>Fonction ovulatoire :<br><input type="checkbox"/> Cycles ovulatoires normaux<br><input type="checkbox"/> Cycles oligo-ovulatoires<br><input type="checkbox"/> Absence d'ovulation<br><b><u>Si dysfonctionnement sexuel masculin, fournir également :</u></b><br>Le patient prend-il des médicaments contre la dysfonction<br>érectile? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Taux de testostérone totale : _____ mmol/L (Date: _____) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 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                               |

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.                                 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Le patient a subi une nouvelle hospitalisation d'origine cardiovasculaire : | S.O.                                 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

|                                                                                               |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Le patient a subi une nouvelle revascularisation coronarienne :                               | S.O.                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                        |
| Utilise des aides à la marche :                                                               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                        |
| Nom(s) et dosage(s) des analgésiques :                                                        |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Taux d'ALT (U/L) :                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Insulinémie à jeun ( <input type="checkbox"/> uUI/mL <input type="checkbox"/> pmol/L) :       |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Indice d'apnées-hypopnées :                                                                   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Nécessite un CPAP :                                                                           | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                        |
| Amélioration des symptômes de l'œsophagite (précisez) :                                       |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Nom(s), dosage(s) et durée d'utilisation des IPP :                                            |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Fonction ovulatoire :                                                                         | <input type="checkbox"/> Cycles ovulatoires normaux<br><input type="checkbox"/> Cycles oligo-ovulatoires<br><input type="checkbox"/> Absence d'ovulation | <input type="checkbox"/> Cycles ovulatoires normaux<br><input type="checkbox"/> Cycles oligo-ovulatoires<br><input type="checkbox"/> Absence d'ovulation                                                                                                         |
| Taux de testostérone totale (nmol/L) :                                                        |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Diminution des incidents liés à la dysfonction érectile :                                     | S.O.                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                        |
| Nom(s), dosage(s) et fréquence d'utilisation des médicaments contre la dysfonction érectile : |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Stéatohépatite associée à un dysfonctionnement métabolique (MASH)                             | S.O.                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Réponse clinique positive<br><input type="checkbox"/> Résolution de la MASH/NASH<br><b>ET</b> absence d'aggravation de la fibrose<br><input type="checkbox"/> Absence d'aggravation MASH/NASH<br><b>ET</b> fibrose améliorée d'un stade |
| Présence de cirrhose décompensée                                                              | S.O.                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                        |
| Score FIB-4 :                                                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                  |

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

Est-ce que le patient prend **Zepbound** à 5mg par semaine ou plus 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

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

Le médicament sera-t-il utilisé avec un régime faible en calories, plus d'activité physique et une modification du comportement? ☐ 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