

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			
<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>			
Signature du patient:		Date:	
Signature de l'adhérent lorsque l'assuré est mineur :		Date:	
SECTION 4 - MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE			
Nom du médicament visé par cette demande :			
Posologie :			
Forme pharmaceutique :		Teneur/Force :	
Durée prévue du traitement	Du (AAAA-MM-JJ):	Au (AAAA-MM-JJ):	
Diagnostic :		Date initiale du diagnostic (AAAA-MM-JJ):	
Le médicament sera administré à l'endroit suivant :			
<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Centre de santé et services sociaux	<input type="checkbox"/> Centre de soins de longu.	<input type="checkbox"/> Clinique privée
<input type="checkbox"/> Hôpital - patient interne	<input type="checkbox"/> Hôpital - patient externe	<input type="checkbox"/> Ailleurs. Précisez : _____	
Si le traitement n'est pas administré à domicile, veuillez fournir les renseignements suivants :			
Nom du lieu où aura lieu l'administration du médicament :		Téléphone:	
Adresse complète:	Ville:	Province:	Code Postal:
SECTION 5 - TYPE DE DEMANDE			
<input type="checkbox"/> Demande initiale	<input type="checkbox"/> Poursuite de traitement	<input type="checkbox"/> Modification de traitement	

### SECTION 6- TRAITEMENTS ANTÉRIEURS

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

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

### SECTION 7 - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SPÉCIFIQUES À CETTE DEMANDE

#### DIAGNOSTIC

- Gestion d'un problème de poids chronique
- Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

#### GESTION D'UN PROBLÈME DE POIDS CHRONIQUE

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

<b>Poids</b>	Évaluation initiale : _____ <b>kg/lbs</b>	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<b>Taille</b>	Évaluation initiale : _____ <b>cm/pouces</b>	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<b>Circonférence de la taille</b>	Évaluation initiale : _____ <b>cm/pouces</b>	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<b>IMC</b>	Évaluation initiale : _____ <b>kg/m<sup>2</sup></b>	Date (AAAA/MM/JJ) : _____

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

<b>Pression artérielle</b>	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<b>LDL</b>	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<b>HbA1C</b>	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<b>Score de risque Framingham (SRF)</b>	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<b>Autres, précisez : _____</b>	Évaluation initiale : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Veuillez indiquer s'il existe des facteurs comorbidité liés au poids

- Hypertension    
  Dyslipidémie    
  Diabète de type 2    
  Apnée du sommeil    
  Maladie cardiovasculaire cliniquement manifeste  
 Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

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

**SECTION 8 - RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRE À LA POURSUITE**

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

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

<b>Poids</b>	Évaluation initiale : _____ <b>kg/lbs</b>	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<b>Taille</b>	Évaluation initiale : _____ <b>cm/pouces</b>	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<b>Circonférence de la taille</b>	Évaluation initiale : _____ <b>cm/pouces</b>	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<b>IMC</b>	Évaluation initiale : _____ <b>kg/m<sup>2</sup></b>	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____

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

<b>Pression artérielle</b>	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<b>LDL</b>	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<b>HbA1C</b>	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____
<b>Score de risque Framingham (SRF)</b>	Évaluation initiale : _____	Évaluation récente : _____	Date (AAAA/MM/JJ) : _____

**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](mailto: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