

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 style="text-align: center;"><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 longue durée	<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	

Continuez à la page 2

## SECTION 6- TRAITEMENTS ANTÉRIEURS

Veuillez 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)
				<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
  - Risque d'infarctus du myocarde
  - 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) : _____

Je confirme avoir vérifié les mesures ci-dessus:  Oui  Non Signature: \_\_\_\_\_

Sexe du patient à la naissance\*       Femme     Homme     Intersexé

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 c*

des Recepteurs GFR - 11

THE USE OF INTEGRATED INFORMATION

■ Oui      ■ Non

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

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

Continuez à la page suivante

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 : Régime(s) : _____  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 : Activité(s) : _____  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 : _____  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 ↳ <input type="checkbox"/> Hyperglycémie modérée à jeun <input type="checkbox"/> Intolérance au glucose <input type="checkbox"/> Taux d'HbA1c compris entre 6 et 6,4 %  <u>ou</u> <input type="checkbox"/> Diabète de type 2	HbA1c : _____ % (Date: _____)  <b>Si prédiabète, fournir également :</b> Glycémie à jeun: _____ mmol/L (Date: _____) Test de tolérance au glucose: _____ mmol/L (Date: _____)
<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil	Indice d'apnées-hypopnées : _____ Nécessite un appareil CPAP: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Risque cardiovasculaire <u>ou</u> <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque ↳ <input type="checkbox"/> Angine de poitrine <input type="checkbox"/> Mise en place d'une endoprothèse <input type="checkbox"/> Pontage aorto-coronarien <input type="checkbox"/> Antécédents d'infarctus du myocarde <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Maladie vasculaire périphérique symptomatique <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ↳ Si oui, précisez le(s) nom(s) et le(s) dosage(s) : _____ _____ _____  <b>Si risque cardiovasculaire, fournir également :</b> Score de Framingham: _____ % (Date: _____)
<input type="checkbox"/> Préhypertension  <u>ou</u> <input type="checkbox"/> Hypertension	Tension artérielle : _____ mmHg (Date: _____) Le patient prend-il des antihypertenseurs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ↳ Si oui, précisez le(s) nom(s) et le(s) dosage(s) : _____ _____ _____

<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ➤ Si oui, précisez le(s) nom(s) et le(s) dosage(s) : _____ _____ _____ Le patient a-t-il besoin d'aides à la marche? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ➤ Si oui, précisez les aides à la marche nécessaires : _____ _____
<input type="checkbox"/> Résultats élevés aux tests de la fonction hépatique ou <input type="checkbox"/> NAFLD/MASLD ou <input type="checkbox"/> NASH/MASH	Taux d'ALT : _____ U/L (Date: _____)  <b><u>Si NAFLD/MASLD ou NASH/MASH, fournir également :</u></b> Score FIB-4 : _____ U/L (Date: _____) Insulinémie à jeun (facultatif) : _____ <input type="checkbox"/> uIU/mL <input type="checkbox"/> pmol/L
<input type="checkbox"/> Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) ou <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ➤ Si oui, précisez le(s) nom(s) et le(s) dosage(s) : _____ _____  <b><u>Si syndrome des ovaires polykystiques, fournir également :</u></b> <b>Fonction ovulatoire :</b> <input type="checkbox"/> Cycles ovulatoires normaux <input type="checkbox"/> Cycles oligo-ovulatoires <input type="checkbox"/> Absence d'ovulation  <b><u>Si syndrome des ovaires polykystiques, fournir également :</u></b> Le patient prend-il des médicaments contre la dysfonction érectile? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Taux de testostérone totale : _____ mmol/L (Date: _____)

Continuez à la page 5

<input type="checkbox"/> œsophagite	<p><u>Cochez tout ce qui s'applique :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Au moins deux épisodes de RGO par semaine  <input type="checkbox"/> Symptômes graves  <input type="checkbox"/> œsophagite à l'endoscopie</p> <p>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?      <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>▶ Précisez le(s) nom(s), le(s) dosage(s) et la durée d'utilisation :</p> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------------	---

#### 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 :	_____ <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> g	_____ <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> g
Taille (en cm) :	_____ cm	_____ cm
IMC :	_____ kg/m <sup>2</sup>	_____ kg/m <sup>2</sup>
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  
**ou**

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 évalués	Initiale (prétraitement)	Plus récent
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) :		
Score FIB-4 :		
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 <input type="checkbox"/> Cycles oligo-ovulatoires <input type="checkbox"/> Absence d'ovulation	<input type="checkbox"/> Cycles ovulatoires normaux <input type="checkbox"/> Cycles oligo-ovulatoires <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 :		

#### 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 : <a href="mailto:exceptions@aga.ca">exceptions@aga.ca</a> Par télécopieur : (514) 935-1147	Par la poste: AGA Assurances Collectives 3500, boul. De Maisonneuve Ouest, Suite 2200 Westmount, Québec, H3Z 3C1
---	--