

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:		Poids du patient (kg):	
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			
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 :			
<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

MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES

Les demandes d'autorisation pour le médicament biologique **STELARA** ne seront plus considérées à partir de la date de transition déterminée selon votre province de résidence, sauf exception, puisque des médicaments biosimilaires sont disponibles sur le marché. Si le patient est dans une situation ne lui permettant pas de faire la transition vers une version biosimilaire de **STELARA**, veuillez l'indiquer ci-dessous :

Femme enceinte - Date prévue de l'accouchement (AAAA/MM/JJ) : _____

Patient pédiatrique

Patient ayant présenté un échec thérapeutique à au moins 2 autres médicaments biologiques

Veuillez préciser les médicaments biologiques essayés : _____

Autre - Veuillez fournir une justification médicale suffisamment documentée.

DIAGNOSTIC

Arthrite psoriasique

Maladie de Crohn

Polyarthrite rhumatoïde

Psoriasis en plaques

Colite ulcéreuse

Autre. Précisez : _____

ARTHRITE PSORIASIQUE OU POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Arthrite psoriasique (forme rhumatoïde)

Arthrite psoriasique (forme autre que rhumatoïde)

Polyarthrite rhumatoïde

Forme périphérique

Forme axiale

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

HAQ Évaluation initiale : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Taux de protéine C-réactive Évaluation initiale : _____ mg/L Date (AAAA/MM/JJ) : _____

BASDAI Évaluation initiale : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Vitesse de sédimentation Évaluation initiale : _____ mm/h Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Nombre d'articulations avec synovite active : _____

Présence d'un facteur rhumatoïde positif? Oui Non

Présence d'érosions au plan radiologique? Oui Non

COLITE ULCÉREUSE

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

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

MAYO Évaluation initiale : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Sous-score endoscopique Évaluation initiale : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Sous-score de rectorragie Évaluation initiale : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Score MAYO partiel Évaluation initiale : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

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

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

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

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

SECTION 7 - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SPÉCIFIQUES À CETTE DEMANDE

COLITE ULCÉREUSE (SUITE)

Est-ce que le patient a été hospitalisé pour des symptômes graves? Oui Non

Si oui, précisez les symptômes : _____

Est-ce que l'état du patient a été stabilisé après un traitement de prednisone, mais la dose ne peut-être diminuée malgré l'utilisation d'immunosuppresseurs?

Oui Non

MALADIE DE CROHN

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

Avec fistulisation : Oui Non

Est-ce que le patient présente des fistules périanales ou entérocutanées productives qui sont réapparues ou ont persisté malgré un traitement antibiotique et un traitement d'immunosuppresseurs?

Oui Non

Si oui, précisez les traitements antibiotique et immunosuppresseur utilisés : _____

Est-ce que le patient a été hospitalisé pour des symptômes graves? Oui Non

Si oui, précisez les symptômes : _____

Présence de caractéristiques associées à un risque élevé (le cas échéant) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Taux élevé de protéine C-réactive et/ou de calprotectine fécale | <input type="checkbox"/> Ulcérations profondes à la coloscopie |
| <input type="checkbox"/> Longs segments atteints dans l'intestin grêle et/ou le gros intestin | <input type="checkbox"/> Manifestations extra-intestinales |
| <input type="checkbox"/> Antécédents de résections intestinales | <input type="checkbox"/> Atteinte périnéale |

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

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

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

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

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

Site de la maladie et complications : _____

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

PSORIASIS EN PLAQUES

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

DLQI Évaluation initiale : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

PASI Évaluation initiale : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

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

Y a-t-il présence de plaques importantes? Oui Non

Veuillez préciser les parties du corps atteintes : Visage Mains Pieds Région génitale Autre. Précisez : _____

Y a-t-il eu un échec à un traitement de photothérapie? Oui Non

Nombre de séances : _____ Durée du traitement (mois) : _____

Indiquez la raison pour laquelle le traitement de photothérapie a dû être interrompu : Contre-indication Inaccessibilité

Autre. Précisez : _____

Le traitement sera-t-il administré en concomitance avec un traitement systémique standard ou biologique? Oui Non

SECTION 8 - RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRE À LA POURSUITE

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE OU ARTHRITE PSORIASIQUE

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

HAQ Évaluation initiale : _____ Évaluation récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Protéine C-réactive Évaluation initiale : _____ mg/L Évaluation récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

BASDAI Évaluation initiale : _____ Évaluation récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Vitesse de sédimentation Évaluation initiale : _____ mm/h Évaluation récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

SECTION 8 - RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRE À LA POURSUITE (SUITE)

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE OU ARTHRITE PSORIASIQUE (SUITE)

Nombre d'articulations avec synovite active lors de l'évaluation initiale : _____

Nombre d'articulations avec synovite active lors de l'évaluation la plus récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Le patient est-il de retour au travail? Oui Non

Si oui, veuillez préciser la date de retour (AAAA/MM/JJ) : _____

COLITE ULCÉREUSE

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

MAYO Évaluation initiale : _____ Évaluation récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____*Sous-score endoscopique* Évaluation initiale : _____ Évaluation récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____*Sous-score de rectorragie* Évaluation initiale : _____ Évaluation récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____*Score MAYO partiel* Évaluation initiale : _____ Évaluation récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____Est-ce qu'il y a une amélioration dans la fréquence des selles ou des saignements rectaux? Oui Non

MALADIE DE CROHN

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

CDAI Évaluation initiale : _____ Évaluation récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____**HBI** Évaluation initiale : _____ mg/L Évaluation récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Effets bénéfiques obtenus : _____

PSORIASIS EN PLAQUE

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

PASI Évaluation initiale : _____ Évaluation récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____**DLQI** Évaluation initiale : _____ Évaluation récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____**% de surface corporelle touchée** Évaluation initiale : _____ Évaluation récente : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____Amélioration significative des lésions corporelles : Oui Non

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

