

**SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT**

Nom de l'adhérent :		Numéro de Certificat :	
Adresse complète:			
Ville :	Province :	Code postal :	
Téléphone :		Adresse courriel :	
Nom de l'employeur/titulaire de la police :		Numéro de groupe/division :	

**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.	
S'il s'agit d'une demande de remplacement pour un appareil, veuillez nous indiquer la date initiale d'achat (AAAA-MM-JJ) et nous fournir une preuve d'achat :	

**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 ou cette fourniture. Veuillez faire compléter les prochaines sections par votre médecin traitant.**

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 :			
<input type="checkbox"/> à domicile	<input type="checkbox"/> au CSSS	<input type="checkbox"/> en cabinet privé	<input type="checkbox"/> en CHSLD
<input type="checkbox"/> Hôpital - patient externe		<input type="checkbox"/> Hôpital - patient interne	
<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 du traitement - remplacement appareil	<input type="checkbox"/> Modification du traitement
---	--	---

## SECTION 6- TRAITEMENTS ANTÉRIEURS

Veillez 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 :
				<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

Veillez compléter la section qui s'applique au diagnostic du patient :

### SPONDYLITE ANKYLOSANTE

Score BASDAI (Indice de Bath d'activité de la spondylite ankylosante) :

Date du dernier test :

Score BASFI (Indice de Bath d'invalidité fonctionnelle des patients atteint de spondylite ankylosante) :

Date du dernier test :

Le patient éprouve-t-il des douleurs au dos?  OUI Spécifie depuis quand : \_\_\_\_\_  
 NON

### HYDRADÉNITE SUPPURÉE

Veillez indiquer la classification de Hurley actuelle du patient :

Nombre d'abcès et/ou nodules inflammatoires avant l'utilisation de Humira :

Le patient présente-t-il des lésions dans au moins deux régions anatomiques distinctes?  OUI Spécifiez : \_\_\_\_\_  
 NON

### MALADIE DE CROHN

Est-ce que le traitement avec Humira a débuté pendant une hospitalisation ?  OUI  NON

Score HBI (Harvey Bradshaw Index) :

Date du dernier test :

Score CDAI (Crohn's disease activity index) ou Score PCDAI (pediatric Crohn's disease activity index) :

Date du dernier test :

VSG (Vitesse de sédimentation globulaire) mg/l :

Date du dernier test :

Protéine C-réactive mm/h :

Date du dernier test :

Précisez les complications reliées à cette condition :

### COLITE ULCÉREUSE

Est-ce que le traitement avec Humira a débuté pendant une hospitalisation ?  OUI  NON

Score Mayo :

Date du dernier test :

Sous-score endoscopique (du score Mayo) :

Sous-score de rectorragie (du score Mayo) :

VSG (Vitesse de sédimentation globulaire) mg/l :

Date du dernier test :

Protéine C-réactive mm/h :

Date du dernier test :

Précisez les complications reliées à cette condition :

*continuez à la page 3*

## SECTION 7 - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SPÉCIFIQUES À CETTE DEMANDE

### POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ) :	
Nombre d'articulations avec synovites active :	
Score DAS28 :	
Score CDAI (clinical disease activity index) :	
Score SDAI (clinical disease activity index) :	
Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ) :	
VSG (Vitesse de sédimentation globulaire) mg/l :	
Protéine C-réactive mm/h :	

Présence d'un facteur rhumatoïde positif :  OUI  NON

Érosions visibles sur les radiographies :  OUI  NON

Précisez les complications reliées à cette condition :

#### ARTHRITE PSORIASIQUE

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ) :	
Score DAS28 :	
Score CDAI (clinical disease activity index) :	
Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ) :	
Nombre d'articulations avec synovites active :	
VSG (Vitesse de sédimentation globulaire) mg/l :	
Protéine C-réactive mm/h :	

Présence d'un facteur rhumatoïde positif :  OUI  NON

Érosions visibles sur les radiographies :  OUI  NON

Précisez les complications reliées à cette condition :

#### ARTHRITE JUVÉNILE IDIOPATHIQUE DE FORME POLYARTICULAIRE

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ) :	
Nombre d'articulations avec synovites active :	

Précisez les complications reliées à cette condition :

#### PSORIASIS EN PLAQUES

Quelle est la surface totale du corps affectée par cette condition (en %) :

Quels sont les parties du corps affectées (énumérer) :

Résultat au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI) :

Date du dernier test :

Résultat sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) :

Date du dernier test :

Précisez les complications reliées cette condition :

Continuez à la page 4

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

#### UVÉITE

Précisez le type de l'UVÉITE  Antérieure Isolée  Intermédiaire  Postérieure  Panuvéite

L'Uvéite est :  Infectieuse  Non infectieuse

Le patient est-il dépendant aux corticostéroïdes ?  OUI  NON

La maladie est toujours active malgré la prise de corticostéroïdes oraux durant au moins deux semaines ?  OUI  NON

Le traitement au moyen d'antimétabolites ou inhibiteurs de la calcineurine est contre indiqué pour ce patient ou le traitement a échoué ?  OUI  NON

Précisez les complications reliées à cette condition :

POUR TOUT AUTRE DIAGNOSTIC

Veillez fournir tous les renseignements pertinents relativement à cette indication et joindre tout document pouvant faciliter l'étude de cette demande. S'il s'agit d'un emploi non conforme, fournissez la littérature médicale ou les études cliniques justifiant votre demande.

SECTION 8 - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (facultatifs)

SECTION 9 - SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

Nom du prescripteur autorisé en lettres moulées :	Spécialité:
Signature du prescripteur autorisé :	Numéro de licence: <span style="float: right;">Date :</span>

SECTION 10 - 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 télécopieur : (514) 935-1147	Par la poste: AGA Assurances Collectives 3500, boul. De Maisonneuve Ouest, Suite 2200 Westmount, Québec, H3Z 3C1
Par courriel : exceptions@aga.ca	