

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.

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

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 :
				<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

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

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

 Le traitement sera administré en association avec le méthotrexate ? OUI NON

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 :

POURSUITE DU TRAITEMENT

Renseignements nécessaires pour évaluer toute poursuite de traitement. Veuillez répondre selon le diagnostic du patient :

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale	Évaluation subséquente la plus récente
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ) :		
Date de la dernière infusion d'abatcept (AAAA-MM-JJ) :		
Nombre d'articulations avec synovite active :		
Score au questionnaire HAQ :		
Valeur de la protéine C-réactive :		
Valeur de la vitesse de sédimentation		
Le patient peut reprendre ses activités (travail-études)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON - Justifiez dans la section commentaires

POUR TOUT AUTRE DIAGNOSTIC

Veuillez 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:	Date :

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		