

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN (SUITE)

1. Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA
2. Liste de tous les médicaments que prend actuellement le patient pour le traitement de l'urticaire, y compris leur nom et leur dose _____
3. Score d'activité de l'urticaire chronique idiopathique (UAS7) (voir ci-dessous) _____
(possibilité d'adapter l'outil clinique suivant : <http://www.mapeaumepeque.ca/docs/UAS7-Questionnaire.pdf>)

Score	Papules	Démangeaisons
0	Aucune	Aucune
1	Légères (moins de 20 papules/24 h)	Légères (présentes, mais supportables et ne constituant pas une gêne)
2	Modérées (20 à 50 papules/24 h)	Modérées (gênantes, mais ne compromettent pas les activités quotidiennes ou le sommeil)
3	Intenses (plus de 50 papules/24 h ou papules étendues se rejoignant)	Intenses (graves démangeaisons, suffisamment gênantes pour compromettre les activités quotidiennes ou le sommeil)

4. Somme des scores : Entre 0 et 6 pour chacune des journées, sur une période d'une semaine (maximum de 42)
5. Renouvellement Oui Non

J'atteste que les renseignements figurant sur le présent formulaire sont vrais, complets et exacts.

Signature du médecin _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

SECTION 4 – AUTORISATION DU PATIENT OU DU TUTEUR LÉGAL

Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

J'autorise Co-operators Compagnie d'assurance-vie (a) à utiliser les renseignements personnels figurant sur le présent formulaire et tout autre renseignement personnel en sa possession sur le patient susmentionné dans le but d'étudier la présente demande d'autorisation préalable ou toute demande de règlement connexe et d'administrer le régime d'assurance collective au titre duquel une telle demande peut être déposée, et (b) à communiquer avec les personnes suivantes pour obtenir ou leur divulguer lesdits renseignements personnels : tout médecin, pharmacien ou tout autre professionnel de la santé ou conseiller en gestion de la santé disposant de renseignements sur la santé dudit patient qui pourraient servir à la présente demande ou à toute demande de règlement connexe.

J'atteste que les renseignements figurant sur le présent formulaire sont vrais, complets et exacts.

Nom du patient ou du tuteur légal _____ Téléphone _____

Signature du patient ou du tuteur légal _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA