

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN

Veuillez prendre note que la demande de recours au Botox pour traiter la migraine doit être prescrite par un médecin qui a une formation spécialisée en gestion des maux de tête (c.-à-d. un neurologue, un physiatre, un spécialiste en traitement de la douleur). L'administration du médicament est réservée aux médecins qui possèdent les qualifications et l'expérience appropriées concernant le traitement, l'utilisation et l'administration adéquate du Botox pour les maux de tête.

Nouvelles demandes : Les demandes de remboursement de Botox (onabotulinumtoxinA) pour traiter les migraines chroniques **ne sont plus acceptées**. Co-operators Compagnie d'assurance-vie détermine l'admissibilité des médicaments spécialisés en fonction des critères cliniques fondés sur des données probantes ainsi que des lignes directrices gouvernementales. **Le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments ne recommande pas l'inscription du Botox pour le traitement des migraines chroniques**. Les patients qui décident de suivre un traitement au Botox devront en assumer les coûts.

Demandes de renouvellement : Les patients pour qui CCAV a déjà approuvé le Botox (onabotulinumtoxinA) pour traiter les migraines chroniques peuvent continuer de recevoir du Botox pendant la durée de la période d'approbation. CCAV peut étudier les demandes de renouvellement de Botox pour les patients bénéficiant d'une autorisation préalable présentée à l'aide du formulaire ci-dessous.

- Selon le dosage recommandé par Santé Canada qui est de 155 à 195 unités tous les 3 mois pour la prévention de maux de tête chez les adultes souffrant de migraines chroniques, le remboursement du Botox est limité à 200 unités tous les 3 mois (pour un maximum de 800 unités par période de 12 mois).
- **L'administration de Botox à des fins esthétiques est strictement exclue de la garantie.**

Médecin _____ Spécialité _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Type de migraine _____

Le Botox est-il prescrit en prophylaxie des migraines chez les patients adultes aux prises avec des migraines chroniques, lorsque les triptans ou les médicaments prophylactiques ne conviennent pas ou n'agissent pas efficacement? Oui Non

TRAITEMENTS ACTUELS ET ANTÉRIEURS PERTINENTS

Médicament ou nom du traitement	Dose	Date de début (MMM/AAAA)	Date de fin (MMM/AAAA)	Résultats ou raison de l'interruption (précisez toute intolérance, échec thérapeutique ou contre-indication)

Le patient reçoit-il actuellement du Botox pour traiter une migraine chronique? Oui Non

En moyenne, combien de migraines le patient a-t-il eu par mois au cours des 3 derniers mois? _____

Quel est le nombre de migraines le plus élevé par mois au cours de cette période? _____

Quel est le nombre de migraines le moins élevé par mois au cours de cette période? _____

Durée d'une migraine typique _____

Veuillez joindre une copie du journal de maux de tête du patient.

REMARQUE : Vous devez répondre à toutes les questions cliniques pour les demandes de renouvellement.

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 toute 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 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