

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN (SUITE)

Médicament demandé visé par la demande _____ DIN _____ Teneur _____

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 (MM/AAAA)	Date de fin (MM/AAAA)	Résultats (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 le moins élevé par mois? _____

Durée d'une migraine typique _____

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

NOTE : Vous devez répondre à toutes les questions cliniques, qu'il s'agisse d'une demande initiale ou d'une demande de renouvellement. L'administration de Botox à des fins esthétiques est strictement exclue de la garantie.

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 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