



### SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN (SUITE)

1. Le patient a-t-il reçu un diagnostic de sida et de rétinite à cytomégalovirus (CMV), et demande-t-il du valganciclovir pour traiter une rétinite à CMV? .....  Oui  Non

2. Le patient a-t-il reçu une greffe d'organe solide et demande-t-il du valganciclovir pour prévenir une rétinite à CMV? .....  Oui  Non

Renouvellement d'ordonnance  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir une preuve objective de l'efficacité du médicament \_\_\_\_\_

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