

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN (SUITE)

1. Le patient a-t-il reçu un diagnostic de fibrillation auriculaire non valvulaire? Oui Non
2. Le patient a-t-il reçu un diagnostic de thrombose veineuse profonde sans embolie pulmonaire symptomatique? Oui Non
3. Le patient a-t-il obtenu un score de CHADS2 \geq 1? Oui Non
4. Le traitement anticoagulant s'est-il avéré non efficace après un essai raisonnable avec la warfarine? Oui Non
5. Le patient a-t-il un accès limité aux services de mesure du rapport international normalisé (RIN), tels ceux offerts en laboratoire, en clinique, à la pharmacie ou à domicile? 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