

SECTION 3 – AUTORISATION DU PATIENT OU DU TUTEUR LÉGAL (À REMPLIR PAR LE PATIENT)

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/MM/AAAA

SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Médecin _____ Spécialité _____
Prénom Initiale Nom de famille

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____ Numéro de permis _____

MÉDICAMENT DEMANDÉ

Benralizumab : Fasentra – seringue de 30 mg/ml Omalizumab : Xolair – fiole de 150 mg Autre : _____

Mepolizumab : Nucala – fiole de 100 mg Reslizumab : Cinqair – fiole de 100 mg

Directives (c.-à-d. renseignements sur l'ordonnance) _____

À quel endroit le traitement sera-t-il administré (p. ex. à l'hôpital, au bureau du médecin, à domicile)?

a. Nom de l'établissement _____

b. Si la médication sera administrée dans un hôpital, le patient sera traité-il hospitalisé ou traité en clinique externe?

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diagnostic _____ Date du diagnostic initial _____
MMM/AAAA

Durée estimée du traitement (le maximum admissible est d'un an avant que le renouvellement soit requis) _____

Poids actuel du patient _____ Le patient a-t-il des allergies médicamenteuses pertinentes? Oui Non

Nature des allergies, s'il y a lieu _____

Score du questionnaire de contrôle de l'asthme (ACQ) avant le recours à un médicament biologique _____ Date _____
JJ/MM/AAAA

Score du test de contrôle de l'asthme (ACT) avant le recours à un médicament biologique _____ Date _____
JJ/MM/AAAA

FEV1 avant le recours à un médicament biologique (% prévu avant l'utilisation d'un bronchodilatateur) _____ Date _____
JJ/MM/AAAA

Le patient a-t-il été hospitalisé pour une exacerbation de son asthme au cours des 12 derniers mois? Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nombre d'épisodes où l'exacerbation s'est manifestée _____

Le patient a-t-il eu besoin de corticostéroïdes par voie orale ou a-t-on augmenté sa dose de corticostéroïdes par voie orale en raison d'une exacerbation de son asthme au cours des 12 derniers mois? Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nombre d'épisodes où l'exacerbation s'est manifestée _____

POUR L'ASTHME ALLERGIQUE

Immunoglobulines E (IgE) sériques avant le recours à un médicament biologique _____ Date _____
JJ/MM/AAAA

Sensibilisation allergique aux allergènes perannuels? Oui Non

Si oui, veuillez préciser les allergènes spécifiques _____

Veuillez documenter tout test cutané ou in vitro qui a confirmé la présence d'IgE spécifiques à un allergène.

POUR L'ASTHME ÉOSINOPHILIQUE

Nombre absolu d'éosinophiles avant le recours à un médicament biologique _____ Date _____
JJ/MM/AAAA

SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

TRAITEMENTS ACTUELS ET ANTÉRIEURS PERTINENTS

(y compris TOUS les médicaments biologiques, corticostéroïdes et bronchodilatateurs)

Nom du médicament	Posologie	Date de début (MMM/AAAA)	Date de fin (MMM/AAAA)	Réponse du patient

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Veillez fournir ou joindre tous les renseignements cliniques démontrant la nécessité médicale du traitement pharmacologique demandé, y compris tout résultat de test de laboratoire qui pourrait justifier le choix de ce traitement :

CRITÈRES DE RENOUVELLEMENT DE LA PROTECTION

Date de début du médicament actuel _____ Poids actuel du patient _____
MMM/AAAA

Score actuel du questionnaire de contrôle de l'asthme (ACQ) _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Score actuel du test de contrôle de l'asthme (ACT) _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

FEV1 actuel (% prévu avant l'utilisation d'un bronchodilatateur) _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Le patient a-t-il été hospitalisé pour une exacerbation de son asthme au cours des 12 derniers mois? Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nombre d'épisodes où l'exacerbation s'est manifestée _____

Le patient a-t-il eu besoin de corticostéroïdes par voie orale ou a-t-on augmenté sa dose de corticostéroïdes par voie orale en raison d'une exacerbation de son asthme au cours des 12 derniers mois? Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nombre d'épisodes où l'exacerbation s'est manifestée _____

Veillez fournir ou joindre tout renseignement clinique complémentaire qui justifie le renouvellement de la médication demandée :

Signature du médecin prescripteur _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA