

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/MMM/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 (approbation d'une durée maximale d'un an)

Adalimumab : <input type="checkbox"/> Humira, seringue de 40 mg/0,8 ml <input type="checkbox"/> Humira, stylo-injecteur de 40 mg/0,8 ml <input type="checkbox"/> Humira, fiole de 40 mg/0,8 ml	Golimumab : <input type="checkbox"/> Simponi, seringue de 50 mg/0,5 ml <input type="checkbox"/> Simponi, auto-injecteur de 50 mg/0,5 ml <input type="checkbox"/> Simponi, seringue de 100 mg/1 ml <input type="checkbox"/> Simponi, auto-injecteur de 100 mg/1 ml <input type="checkbox"/> Simponi IV, fiole de 4 ml	Sécukinumab : <input type="checkbox"/> Cosentyx, seringue de 150 mg/ml <input type="checkbox"/> Cosentyx, stylo-injecteur de 150 mg/ml
Aprémilast : <input type="checkbox"/> Otezla, comprimé de 10 mg <input type="checkbox"/> Otezla, comprimé de 20 mg <input type="checkbox"/> Otezla, comprimé de 30 mg	Infliximab : <input type="checkbox"/> Remicade, fiole de 100 mg <input type="checkbox"/> Inflectra, fiole de 100 mg <input type="checkbox"/> Remsima, fiole de 100 mg	Ustekinumab : <input type="checkbox"/> Stelara IV, fiole de 130 mg/26 ml <input type="checkbox"/> Stelara SC, seringue de 45 mg/0,5 ml <input type="checkbox"/> Stelara SC, seringue de 90 mg/ml <input type="checkbox"/> Stelara SC, fiole de 45 mg/0,5 ml <input type="checkbox"/> Stelara SC, fiole de 90 mg/ml
Certolizumab Pegol : <input type="checkbox"/> Cimzia, seringue de 200 mg/ml		Autre _____
Étanercept : <input type="checkbox"/> Enbrel 25 mg/kit <input type="checkbox"/> Enbrel 50 mg/ml		

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

Nom de l'établissement où le traitement sera administré (p. ex. domicile, bureau du médecin, clinique spécialisée, hôpital) _____

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

Si « Oui », veuillez indiquer la nature des allergies _____

Score DAS28 _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Résultat du questionnaire de l'évaluation de l'état de santé (HAQ) _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Évaluation sur 68 articulations : Nombre d'articulations enflées _____ Nombre d'articulations douloureuses _____

Veuillez fournir des radiographies établissant la preuve de la polyarthrite psoriasique.

Le patient continuera-t-il à prendre du méthotrexate (MTX) en plus des médicaments demandés? Oui Non

Si « Non », veuillez en préciser la raison _____

SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

TRAITEMENTS ACTUELS/ANTÉRIEURS PERTINENTS (y compris TOUT usage d'immunosuppresseurs, de stéroïdes, de médicaments biologiques ou topiques)

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

S'il est nécessaire de passer à un traitement biologique différent, veuillez expliquer pourquoi _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Veuillez 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 DAS28 _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Résultat du questionnaire de l'évaluation de l'état de santé (HAQ) _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Évaluation sur 68 articulations : Nombre d'articulations enflées _____ Nombre d'articulations douloureuses _____

Traitement concomitant avec antirhumatismaux modificateurs de la maladie OU <input type="checkbox"/> Cocher ici si aucun	Médicaments	Dose	Voie (ex. orale, sous-cutanée, intraveineuse)	Fréquence

Veuillez fournir tout autre commentaire pertinent quant à l'état de santé actuel du patient :

J'atteste que les renseignements fournis sont vrais, complets et exacts.

À noter que nous pourrions avoir besoin de renseignements supplémentaires pour déterminer l'admissibilité du patient.

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