

Demande d'autorisation spéciale

Section 1 être remplie par l'employé(e)

VEUILLEZ SOUMETTRE UNE COPIE DE L'HISTORIQUE DE MÉDICAMENTS DE LA PHARMACIE DU PATIENT POUR LES 12 DERNIERS MOIS.

Prénom de l'employé(e) _____ Nom de l'employé(e) _____ Police _____ Division _____ Certificat _____
 Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Courriel _____ Numéro de téléphone _____
 Lien de parenté avec le participant employé(e) conjoint enfant
 Prénom du patient _____ Nom du patient _____ Date de naissance du patient : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____

Par la présente, j'autorise tout médecin, hôpital, compagnie d'assurance, autre professionnel de la santé et Assomption Vie à échanger de l'information concernant cette demande aux fins d'une autorisation spéciale/évaluation d'exception du patient, du traitement de la demande et de l'administration de mon régime d'assurance maladie. J'assume la responsabilité pour tous frais engagés pour remplir ce formulaire. Une copie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature du patient (parent ou tuteur légal si le patient est une personne à charge mineure) _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

Section 2 À être remplie par le médecin (écrire en caractères d'imprimerie)

Nom du médecin _____ Qualification de la spécialité _____ Téléphone _____ Télécopieur _____
 Adresse du médecin _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Signature du médecin _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

Médicament pour lequel une autorisation spéciale est demandée (un formulaire pour chaque médicament)

Nom du médicament _____ Concentration _____ Posologie _____
 Diagnostic _____ Durée du traitement _____

Médicaments antérieurs prescrits pour cette condition (s'il y a lieu)

Nom du médicament _____ Concentration _____ Posologie _____
 Raison pour discontinuation _____ Durée du traitement _____
 Nom du médicament _____ Concentration _____ Posologie _____
 Raison pour discontinuation _____ Durée du traitement _____

Raison de la prescription du médicament demandé :

- Aucune autre alternative thérapeutique pour la condition médicale du patient Traitement antérieur inefficace
 N'a pu tolérer le traitement antérieur / les effets secondaires Autres

Veillez fournir l'explication ci-dessous, ou au verso de ce formulaire, afin d'élaborer sur le/les item(s) coché(s). Joindre la documentation pertinente, s'il y a lieu.

Information médicale pertinente (s'il a lieu) :

Génotype viral _____ Score au BASDAI/BASFI _____ Indice de performance d'ECOG _____
 Score d'EDSS _____ Index d'incapacité HAQ _____ Classe fonctionnelle II d'OMS _____
 Résultats de laboratoire _____

Lieu de l'administration du médicament (s'il a lieu) :

Domicile Cabinet du médecin Clinique privée Clinique d'hôpital Hôpital Établissement de SLD