

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			
Prénom du patient		Nom du patient		Lien de parenté avec le participant ☐ employé(e) ☐ conjoint ☐ enfant
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 pour discontinuation

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
☐ Hb1Ac	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