

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Section 1 – Renseignements sur l'adhérent et le patient			
Nom de l'adhérent	N° de certificat SSQ	Nom de l'employeur	
Nom du patient	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	N° de téléphone	
Adresse (n° et rue)	Ville	Province	Code postal

Section 2 – Autres contrats d'assurance médicament			
Possédez-vous une autre assurance médicaments?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :			
De quel type de régime s'agit-il ?	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Public	
Avez-vous fait une réclamation pour ce médicament chez cet autre assureur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Quel est le statut de la réclamation?	<input type="checkbox"/> Accepté	<input type="checkbox"/> Refusé	<input type="checkbox"/> À l'étude
Avez-vous eu à remplir une demande d'autorisation préalable chez cet assureur?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Quel est le statut de la demande d'autorisation préalable?	<input type="checkbox"/> Accepté	<input type="checkbox"/> Refusé	<input type="checkbox"/> À l'étude
<i>Veillez joindre les documents d'acceptation ou de refus si applicable</i>			

Section 3 – Autorisation à la communication de renseignements personnels	
Je certifie que les renseignements faisant l'objet de la présente demande d'autorisation de paiement sont complets, exacts et véridiques.	
<p>J'autorise les médecins et autres professionnels de la santé, les établissements médicaux, paramédicaux ou cliniques, les coordonnateurs de soins, les fournisseurs du réseau de pharmacies privilégiées de SSQ (hors Québec seulement) et tout organisme public ou parapublic, incluant entre autre la Régie de l'assurance médicament du Québec, à communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie inc. (« SSQ ») tout renseignement personnel pertinent me concernant incluant notamment toute information médicale et toute opinion médicale en lien avec le traitement de la présente demande d'autorisation de paiement. Par le fait même, je les relève de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer à SSQ les renseignements demandés. De plus, j'autorise SSQ à communiquer aux tiers précédemment énoncés tout renseignement personnel pertinent me concernant incluant notamment toute information médicale et toute opinion médicale en lien avec le traitement de la présente demande d'autorisation de paiement.</p>	
Les photocopies de la présente ont la même valeur que l'original.	
Date _____	Signature du patient (parent/tuteur légal) _____

IMPORTANT :
Toute correspondance relative au présent formulaire sera transmise à l'adresse indiquée au dossier de l'adhérent.

Veillez nous retourner le présent formulaire par la poste ou par télécopieur au 1 855 453-3942.
Téléphone : 418 651-2588/1 800 380-2588 – Télécopieur : 1 855 453-3942 Adresse postale : 2525 Boulevard Laurier, Case postale 10500 Québec, QC G1V 4H6
ssq.ca

DÉCLARATION DU PRESCRIPTEUR

Section 4 – Renseignements sur le prescripteur		
Nom du prescripteur	Spécialité	N° de permis
N° de téléphone	N° de télécopieur	
Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts :		
Date _____ Signature du prescripteur _____		

Section 5 – Médicament visé par la demande			
Nom du médicament Omalizumab (Xolair^{MD})	Forme pharmaceutique Pd. pour injection s/c	Teneur 150 mg/vial	Posologie Dose : _____ mg Fréquence d'administration : _____
Type de demande	<input type="checkbox"/> Demande initiale Complétez la section 6	<input type="checkbox"/> Poursuite du traitement Complétez la section 7 Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ	

IMPORTANT :
Afin d'assurer une saine gestion de ses régimes d'assurances collectives, SSQ privilégie l'utilisation des médicaments biosimilaires. L'admissibilité des demandes pour des produits biologiques de référence est assujettie à certaines conditions.

IMPORTANT :
Veillez ne fournir aucun résultat de test génétique.

Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale
Diagnostic <input type="checkbox"/> Asthme grave <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Veillez fournir les renseignements suivants Poids du patient : _____ kg Taux d'IgE (prétraitement) : _____ UI/ml Nombre d'exacerbations nécessitant la prise d'un corticostéroïde systemique dans la dernière année ou une augmentation de la dose de ce dernier si le patient le reçoit de façon continue : _____

Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)		
Résumé des essais antérieurs ou contre-indications		
Corticostéroïde inhalé (CSI) Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
β-agoniste à longue action (BALA) Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Antagoniste des récepteurs des leucotriènes (ARL) Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Corticostéroïdes systémiques Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Antimuscarinique à longue action Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Théophylline Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Autre Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>

Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)**Veillez indiquer le résultat à l'un des questionnaires suivants**

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Asthma Control Questionnaire</i> (ACQ) : _____ | Date : <u>AAAA-MM-JJ</u> |
| <input type="checkbox"/> <i>Asthma Control Test</i> (ACT) : _____ | Date : <u>AAAA-MM-JJ</u> |
| <input type="checkbox"/> <i>St George's Respiratory Questionnaire</i> (SGRQ) : _____ | Date : <u>AAAA-MM-JJ</u> |
| <input type="checkbox"/> <i>Asthma Quality of Life Questionnaire</i> (AQLQ) : _____ | Date : <u>AAAA-MM-JJ</u> |

Autres informations

La technique d'inhalation a été vérifiée : Oui Non

L'observance au traitement pharmacologique a été vérifiée : Oui Non

Obtention d'un résultat positif à un test cutané ou à une épreuve de réactivité in vitro à un pneumoallergène apériodique : Oui Non

Mise en place de stratégies visant à réduire l'exposition aux pneumoallergènes : Oui Non

Prise d'un corticostéroïde oral de façon continue depuis au moins 3 mois : Oui Non

Section 7 – Renseignements cliniques – Poursuite du traitement		
Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement		
Le médicament visé par la présente demande a été débuté le : _____		
Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement sur les points évalués initialement		
	Évaluation avant l'initiation du traitement	Dernière évaluation
Résultat au questionnaire <i>Asthma Control Questionnaire (ACQ)</i>	Date : <u>AAAA-MM-JJ</u> Score : _____	Date : <u>AAAA-MM-JJ</u> Score : _____
Résultat au questionnaire <i>Asthma Control Test (ACT)</i>	Date : <u>AAAA-MM-JJ</u> Score : _____	Date : <u>AAAA-MM-JJ</u> Score : _____
Résultat au questionnaire <i>St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)</i>	Date : <u>AAAA-MM-JJ</u> Score : _____	Date : <u>AAAA-MM-JJ</u> Score : _____
Résultat au questionnaire <i>Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)</i>	Date : <u>AAAA-MM-JJ</u> Score : _____	Date : <u>AAAA-MM-JJ</u> Score : _____
Nombre d' exacerbation nécessitant la prise d'un corticostéroïde systémique dans la dernière année ou une augmentation de la dose de ce dernier si le patient le reçoit de façon continue	Dans l'année précédant l'initiation du traitement Nombre : _____	Dans la dernière année Nombre : _____
Prise d'un corticostéroïde oral de façon continue AVANT l'introduction du Xolair ^{MD} :		
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Précisez le corticostéroïde utilisé : _____		
Dose avant l'introduction du Xolair : _____ mg/jour		
Dose actuelle : _____ mg/jour		
Autres bénéfices observés depuis l'introduction de Xolair^{MD}		

