

## DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

### Section 1 : Renseignement sur l'adhérent et le patient

|                     |                                |                    |             |
|---------------------|--------------------------------|--------------------|-------------|
| Nom de l'adhérent   | Police / certificat            | 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? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :

De quel type de régime s'agit-il ? ☐ Privé ☐ Public

Avez-vous fait une réclamation pour ce médicament chez cet autre assureur ? ☐ Oui ☐ Non

Quel est le statut de la réclamation? ☐ Accepté ☐ Refusé ☐ À l'étude

Avez-vous eu à remplir une demande d'autorisation préalable chez cet assureur? ☐ Oui ☐ Non

Quel est le statut de la demande d'autorisation préalable? ☐ Accepté ☐ Refusé ☐ À l'étude

***Veuillez joindre les documents d'acceptation ou de refus si applicable***

### 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.

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.

Les photocopies de la présente ont la même valeur que l'original.

Signature du **patient** (parent/tuteur légal) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### IMPORTANT :

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

**Veuillez 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 : |                   |              |
| Signature du <b>prescripteur</b>                                            |                   | Date         |

| Section 5 : Médicament visé par la demande |                                                                                                                                                            |        |                                                    |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------|
| Nom du médicament                          | Forme pharmaceutique                                                                                                                                       | Teneur | Posologie                                          |
| LÉNALIDOMIDE                               |                                                                                                                                                            |        | Dose : _____<br>Fréquence d'administration : _____ |
| Type de demande                            | <input type="checkbox"/> Demande initiale<br>Complétez la section 6                                                                                        |        |                                                    |
|                                            | <input type="checkbox"/> Poursuite du traitement<br>Complétez la section 7<br>Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ |        |                                                    |

|                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>IMPORTANT :</b><br><br><b>Veuillez ne fournir aucun résultat de test génétique.</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|

| Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Précisions sur le SMD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Anémie causée par un syndrome myélodysplasique de risque faible ou intermédiaire-1 conformément à l'indication approuvée par Santé Canada<br><br><u>À titre informatif :</u><br><i>Lenalidomide est indiqué par Santé Canada pour le traitement de patients atteints d'anémie justiciable de transfusions causée par des syndromes myélodysplasiques de risque faible ou intermédiaire-1 associés à une anomalie cytogénétique 5q de suppression (del 5q), avec ou sans autres anomalies cytogénétiques.</i> |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

**Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale) (suite)**

**Caractéristiques de l'anémie**

- Taux d'hémoglobine (Hb)

☐ < 90 g/l      Taux d'Hb : \_\_\_\_\_ g/l

☐ ≥ 90 g/l      Taux d'Hb : \_\_\_\_\_ g/l

- Dépendance transfusionnelle

☐ Oui      Historique des transfusions sanguines des six derniers mois : \_\_\_\_\_

☐ Non

**Section 7 : Renseignements cliniques (Poursuite du traitement)**

**Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement**

**AVANT LE DÉBUT DU TRAITEMENT**

**Dépendance transfusionnelle**

**EFFET OBSERVÉ À LA SUITE DU TRAITEMENT**

☐ Réduction d'**au moins 50%** du nombre de transfusions sanguines

☐ Autre. Justifiez la poursuite de ce traitement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Aucune transfusion** sanguine au cours des 6 mois précédant le début de traitement

- **Hausse du taux d'Hb** par rapport au taux avant le début du traitement

☐ ≥15 g/l

☐ <15 g/l Précisez : \_\_\_\_\_

- **Indépendance transfusionnelle**

☐ Maintenue

☐ Non. Précisez : \_\_\_\_\_

**Section 8 : Renseignements complémentaires**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |