

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?		☐ 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
<i>Veuillez 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. 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. Date _____ Signature du patient (parent/tuteur légal) _____	

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	Forme pharmaceutique	Teneur	Posologie Dose : _____ Fréquence d'administration : _____ Poids : _____
Type de demande	☐ Demande initiale Complétez la section 6		
	☐ Poursuite du traitement Complétez la section 7 Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ		

IMPORTANT : Veillez ne fournir aucun résultat de test génétique.
Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale
Diagnostic ☐ Asthme éosinophilique grave ☐ Asthme grave chez un patient nécessitant une corticothérapie orale continue depuis ≥ 3 mois ☐ Autre. Précisez : _____
Veillez fournir les renseignements suivants : Nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine : - Date : _____ - Éosinophiles : _____ x 10⁹/L Nombre d'exacerbations dans la dernière année ayant nécessité la prise d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier si pris en continu: _____

Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)		
Résumé des essais antérieurs ou contre-indications		
Corticostéroïde inhalé (CSI) Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre Précisez : _____	du _____ au _____
β-agoniste à longue action (BALA) Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Antagoniste des récepteurs des leucotriènes (ARL) Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Corticostéroïdes systémiques Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Antimuscarinique à longue action Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Théophylline Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Autre Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre Précisez : _____	du _____ au _____

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

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

Un résultat positif lors d'un test cutané ou d'une épreuve de réactivité in vitro a été obtenu :

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

Si oui, est-ce que des stratégies visant à réduire l'exposition aux pneumoallergènes ont été mises en place :

- ☐
- 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 : _____

Bénéfices associés au traitement en cours

- ☐ Aucune exacerbation dans la dernière année OU diminution du nombre d'exacerbation par année par rapport à l'année précédant le début de traitement
- ☐ Diminution de la dose de corticostéroïde systémique utilisé comme traitement de maintenance (si applicable)
- ☐ Amélioration du contrôle de l'asthme, démontrée par une diminution de $\geq 0,5$ point au score ACQ-5
- ☐ Amélioration de la qualité de vie, démontrée par une diminution de ≥ 4 points au score SGRQ

Veuillez indiquer les résultats pour un des questionnaires suivants :

	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'exacerbations ayant nécessité la prise d'un corticostéroïde **systémique** ou une augmentation de la dose de ce dernier si pris en continu

Dans l'année **précédant l'initiation** au traitement Nombre : _____

Dans la **dernière** année Nombre : _____

Utilisation d'un corticostéroïde oral de façon continue :

☐ Ouyi☐ Non

Précisez le corticostéroïde utilisé et la posologie prescrite : _____

Avant l'introduction du traitement :

Médicament :

Posologie : _____ mg/jr

Actuellement :

Médicament : _____

Posologie : _____ mg/jr

Section 8 – Renseignements complémentaires

[illegible]