

Augmentation de la dose d'un médicament auparavant approuvé dans le cadre du programme d'autorisation préalable

Le présent formulaire vise à recueillir les renseignements nécessaires pour changer la dose d'un médicament qui ne correspond pas aux lignes directrices recommandées par Santé Canada.

IMPORTANT : Veuillez répondre à toutes les questions. L'évaluation de votre demande de règlement sera retardée si le présent formulaire est incomplet ou s'il comporte des renseignements erronés.

Les frais pouvant être exigés pour remplir le présent formulaire doivent être acquittés par le participant du régime ou le patient.

Partie 1 Renseignements sur le participant de régime (veuillez écrire en caractères d'imprimerie)			
Participant de régime :		Nom du patient :	
Nom du régime :	Régime n° :	Numéro d'identification du participant de régime :	
Date de naissance du patient (JJ-MM-AAAA) :	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) :		
Veuillez indiquer le numéro auquel vous préférez être joint et les moments les plus propices pour vous appeler au sujet de votre demande de règlement.			
Peut-on communiquer avec vous par courriel? (Veuillez noter que certaines correspondances devront être envoyées par courrier régulier).			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez fournir votre adresse de courriel : _____			

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels que nous recueillons serviront à l'évaluation de l'admissibilité à ce médicament et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), consultez l'adresse www.canadavie.com ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie.

J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute autre organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie ou avec ceux précités, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger ces renseignements personnels lorsqu'ils s'avèrent nécessaires et pertinents aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour évaluer l'admissibilité à ce médicament et pour administrer le régime collectif. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie d'évaluer ma demande de règlement et que tout refus de consentement de ma part peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande de règlement ou son refus. Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.

J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature du participant du régime : _____ Date : _____

Veillez demander à votre médecin prescripteur de remplir la partie 2.

Partie 2 Renseignements sur le médecin (veuillez écrire en caractères d'imprimerie)	
Nom du médecin traitant (veuillez écrire en caractères d'imprimerie) :	
Spécialité :	
Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) :	
Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) :	Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional) :
Médicament soumis au programme d'autorisation préalable :	Affection :
1. Veuillez inscrire la date à laquelle la prise du médicament a commencé (JJ-MM-AAAA) : _____	
2. Veuillez inscrire la dose initiale et la fréquence d'administration du médicament : _____	
3. Poids actuel du patient : _____ kg Date de prise (JJ-MM-AAAA) : _____	
4. Dose ou fréquence d'administration demandée : _____	
5. Raisons médicales justifiant l'augmentation de la dose ou de la fréquence d'administration : _____ _____	
Veillez fournir les résultats de laboratoire ou les rapports de recherche. (Les résultats à des tests génétiques ne sont pas requis)	
6. Un suivi thérapeutique pharmacologique (STP) a-t-il été effectué? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet Veillez fournir les résultats de laboratoire. Dans la négative, veuillez préciser pourquoi : _____	
7. Une preuve justifie-t-elle l'efficacité et l'innocuité de la dose ou de la fréquence d'utilisation demandée pour ce médicament? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet Veillez fournir la littérature médicale ou les études cliniques qui appuient votre demande, comme : <ul style="list-style-type: none">• Au moins deux essais cliniques de phase II ou deux essais cliniques de phase III démontrant des résultats constants en matière d'efficacité• Des recommandations publiées dans des lignes directrices qui reposent sur des données probantes Veillez joindre les documents à l'appui.	

Je certifie que les renseignements donnés dans le présent Questionnaire du médecin sont véridiques, corrects et complets.

Signature du médecin : _____ Date : _____

Numéro de permis : _____

Il importe que toutes les précisions entourant l'information demandée soient communiquées pour éviter les retards dans le traitement des demandes de règlement relatives au médicament visé. Une fois dûment rempli, le présent formulaire peut être envoyé à la Canada Vie par la poste, par télécopieur ou par courriel.

À noter : Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte ses renseignements médicaux à transmettre ses formulaires par d'autres moyens.

**Par la poste : Gestion des demandes de règlement,
Médicaments
La Compagnie d'Assurance du Canada
sur la Vie
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5**

**Par télécopieur : La Compagnie d'Assurance du Canada
sur la Vie
Télécopieur : 1 204 946-7664
À l'attention de l'équipe Gestion
des demandes de règlement, Médicaments**

**Par courriel : cldrug.services@canadavie.com
À l'attention de l'équipe Gestion des demandes
de règlement, Médicaments**