



Formulaire d'autorisation préalable
Enbrel® (etanercept)
Veillez télécopier ce formulaire au 905 712-6329

Section I : Doit être remplie par le patient ou l'adhérent

Nom du patient :	Date de naissance :
Nom de l'assureur :	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
N° de groupe :	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Pers. à charge
N° de certificat :	N° tél. :
Adresse :	

À l'adhérent (ou à son tuteur) :

Afin que ce formulaire soit traité sans délai, veuillez remplir la présente section et apporter le formulaire à votre médecin pour qu'il le remplisse.

AUTORISATION : En mon nom et au nom des personnes à ma charge, j'autorise le promoteur de mon régime d'assurance collective et ses agents à échanger les renseignements personnels contenus sur le présent formulaire. Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés qu'à des fins d'administration et de gestion de mon régime d'assurance collective. Ce consentement restera valide aussi longtemps que les personnes à ma charge et moi-même serons couverts en vertu du contrat d'assurance collective ou que nous serons admissibles à des prestations dans le cadre dudit contrat, de ses modifications éventuelles, de son renouvellement ou de sa remise en vigueur.

Nom de l'adhérent :	Signature :	Date :
---------------------	-------------	--------

Section II : Doit être remplie par le médecin prescripteur

Docteur,

Veillez nous transmettre les renseignements demandés par l'assureur sur l'état de santé et les antécédents pharmacologiques de votre patient en vue du remboursement de Enbrel®. Les médicaments assujettis au Programme d'autorisation préalable sont autorisés et remboursés sous certaines conditions seulement. S'il est prescrit pour le traitement des maladies indiquées ci-dessous, Enbrel® peut être remboursé uniquement si le patient n'est pas admissible à un remboursement au titre d'un régime provincial d'assurance médicaments et s'il répond à au moins un des critères énumérés ci-dessous.

Veillez cocher les cases qui s'appliquent :

- Spondylarthrite ankylosante** : Pour atténuer les signes et les symptômes de la maladie chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante modérément à fortement évolutive qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante à un traitement classique ou y étant intolérant.
- Arthrite chronique juvénile polyarticulaire** : Pour atténuer les signes et les symptômes des poussées évolutives des formes modérées ou graves de l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire chez les patients âgés de 4 à 17 ans qui n'ont pas réagi de façon satisfaisante à au moins un traitement antirhumatismal de fond.
- Psoriasis** : Traitement des adultes atteints d'une forme chronique, modérée ou grave, de psoriasis en plaques dont le cas relève d'un traitement général ou de la photothérapie. Le patient a montré une réponse inadéquate ou une intolérance à un ou plusieurs des traitements suivants : acitrétine, méthotrexate, cyclosporine et photothérapie. Le patient est également traité par un dermatologue.
- Rhumatisme psoriasique** : Pour atténuer les signes et symptômes de l'arthrite évolutive chez l'adulte atteint de rhumatisme psoriasique et pour freiner l'évolution des lésions structurelles.
- Polyarthrite rhumatoïde** : Pour atténuer les signes et les symptômes, freiner l'évolution des lésions structurelles et améliorer les capacités physiques fonctionnelles chez l'adulte atteint de polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive.

Nom du médecin :	N° téléphone :
Adresse :	N° télécopieur :
	N° permis d'exercice :
	Spécialité :

Souhaitez-vous être informé de notre décision? Oui Non Le cas échéant, de quelle façon? Télécopieur Poste

Signature du médecin :	Date :
------------------------	--------

Veillez noter que vous avez le droit d'en appeler de la décision rendue par ESI Canada. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du patient. **Veillez envoyer le formulaire dûment rempli par télécopieur au 905 712-6329 ou par la poste à : ESI Canada, Service des listes et programmes, 5770, rue Hurontario, 10^e étage, Mississauga (Ontario) L5R 3G5.**

À L'USAGE EXCLUSIF DE ESI CANADA

Code de référence de l'AP : _____ Approuvée Refusée Formulaire incomplet Revu par : _____ Date : _____

Mise à jour : mars 2008