

Formulaire d'autorisation préalable Humatrope® (somatotrophine)

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° de téléphone : |
| 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 admissibles, 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'aux 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 Humatrope®. Les médicaments assujettis au Programme d'autorisation préalable sont autorisés et remboursés sous certaines conditions seulement. Humatrope® 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. Humatrope® ne sera pas remboursé s'il est utilisé pour contrer le vieillissement ou chez un enfant ne souffrant pas de retard de croissance.

Veillez cocher les cases appropriées :
Enfants

- Déficit en hormone de croissance :** Traitement à long terme de l'enfant présentant un retard de croissance attribuable à un problème de sécrétion de l'hormone de croissance endogène et dont les épiphyses ne sont pas soudées.
- Petite taille idiopathique :** Traitement à long terme des patients ayant une petite taille idiopathique et dont les épiphyses ne sont pas soudées qui présentent les conditions suivantes : un poids normal à la naissance, une évaluation diagnostique minutieuse qui exclut d'autres causes inconnues de la petite taille qui doivent être observées ou traitées par d'autres moyens, une taille d'au moins 2,25 scores de déviation standard (DS) au-dessous de la moyenne pour l'âge et le sexe, une vitesse de croissance inférieure au 25^e percentile pour l'âge osseux et le sexe sur une période de 12 mois d'observation et peu susceptible de permettre d'atteindre une taille adulte dans la gamme prévue.
- Déficit du gène SHOX :** Traitement de la petite taille ou du retard de croissance chez les enfants ayant un déficit du gène SHOX (short stature homeobox-containing gene) dont les épiphyses ne sont pas soudées.
- Enfants de petite taille nés petits pour l'âge gestationnel :** Traitement des troubles de croissance chez les enfants de petite taille nés petits pour l'âge gestationnel avec un poids et (ou) une taille à la naissance inférieurs à -2 écarts types et qui ne sont pas parvenus à rattraper leur retard de croissance entre l'âge de 2 et 4 ans ou au-delà.
- Syndrome de Turner :** Traitement de la petite taille chez les patientes atteintes d'un syndrome de Turner dont les épiphyses ne sont pas soudées.

Adultes

- Déficit en hormone de croissance :** Traitement substitutif par hormone de croissance chez les sujets adultes présentant un déficit somatotrope acquis ou idiopathique confirmé par une réponse négative aux épreuves standard de stimulation de l'hormone de croissance.

| | |
|-----------|---------------------------|
| Nom : | N° de téléphone : |
| Adresse : | N° de télécopieur : |
| | N° de 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 transmettre 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

Approuvée Refusée Formulaire incomplet

Revu par : _____ Date : _____ Mise à jour : août 2010