



Formulaire d'autorisation préalable
Saizen® (somatrophine)
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 Saizen®. Les médicaments assujettis au Programme d'autorisation préalable sont autorisés et remboursés sous certaines conditions seulement. Saizen® 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 un ou plusieurs des critères énumérés ci-dessous. Saizen® ne peut être remboursé s'il est utilisé à des fins d'antivieillessement ou s'il est prescrit à des enfants normaux.

Veillez cocher l'une des cases suivantes :

Enfants

- Insuffisance rénale chronique** : Traitement du retard de croissance attribuable à une insuffisance rénale chronique.
- Insuffisance ou déficit en hormone de croissance** : Traitement à long terme d'enfants ayant une insuffisance de croissance provoquée par une sécrétion insuffisante d'hormone de croissance endogène quand les épiphyses ne sont pas fermées.
- Petite taille pour l'âge gestationnel (AG)** : Traitement des troubles de croissance (écart type pour la taille actuelle < -2) chez les enfants de petite taille nés petits pour l'âge gestationnel avec un poids et (ou) une taille à la naissance inférieures à -2 écarts types et qui ne sont pas parvenus à rattraper leur retard de croissance (score de déviation standard pour la vitesse de croissance < 0 pendant la dernière année) à l'âge de 2 ans ou au-delà.
- Syndrome de Turner** : Traitement de l'insuffisance staturale chez les filles présentant un syndrome de Turner quand les épiphyses ne sont pas fermées.

Adultes

- Déficit en hormone de croissance**. Traitement substitutif chez les patients adultes présentant un déficit en hormone de croissance (DHC), acquis ou idiopathique, diagnostiqué par un test dynamique unique pour le déficit en hormone de croissance.

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