

**Strictement confidentiel**  
**Formulaire d'Autorisation Préalable**  
**Pour les médicaments destinés à la prise en charge de l'excès de poids**

**Veillez envoyer le formulaire par télécopieur au 1-902-481-7114**  
ou par la poste à l'adresse suivante : MHCSI, 201 Brownlow Avenue, Unit 20  
Dartmouth (Nouvelle-Écosse) B3B 1W2

Le présent formulaire doit être rempli **AU COMPLET** et présenté à MHCSI aux fins de l'autorisation de la couverture des médicaments destinés à la prise en charge de l'excès de poids par le régime d'assurance médicaments de votre employeur. La couverture sera accordée en fonction de certains critères et si ces médicaments sont couverts par votre régime. L'approbation peut être assortie de limites quant à la quantité ou à la valeur monétaire, selon le régime.

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

NOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISS. \_\_\_\_\_  
(EN MAJUSCULES)

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
(RUE/BOÎTE POSTALE) (VILLE)

\_\_\_\_\_  
(PROVINCE) (CODE POSTAL)

NUMÉRO DE CARTE MHCSI : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(NUMÉRO DE GROUPE) (NUMÉRO DE CERTIFICAT OU DE CLIENT)

J'autorise par la présente mon médecin, mon infirmier praticien et/ou mon pharmacien à fournir en mon nom l'information qui doit être fournie sur le présent formulaire pour la demande de remboursement des médicaments destinés à la prise en charge de l'excès de poids par mon régime d'assurance médicaments.

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

**CRITÈRES DE COUVERTURE**

Les patients sont admissibles au remboursement des médicaments approuvés pour la prise en charge de l'excès de poids s'ils satisfont aux critères suivants :

1. Indice de masse corporelle (IMC) de 30 ou plus (obésité) ou compris entre 27 et 30 (excès de poids) et facteurs de comorbidité tels que l'hypertension, le diabète, la dyslipidémie, l'apnée du sommeil, l'ostéoartrite ou un autre facteur de comorbidité lié au poids.
2. Attestation de tentatives antérieures de traitement qui n'ont pas permis l'atteinte de l'objectif de perte de poids par une prise en charge non pharmacologique (fondée sur le régime, l'exercice et la modification du comportement) d'une durée d'au moins 6 mois ou attestation de l'urgence d'une perte de poids nécessaire du point de vue médical qui exclurait le recours à une approche non pharmacologique de 6 mois de la prise en charge de l'excès de poids.
3. Attestation de la participation concomitante à un programme nutritionnel et comportemental reconnu et personnalisé de soutien à la prise en charge de l'excès de poids ou d'une consultation.
4. Attestation de la participation concomitante à un programme d'activité physique reconnu, personnalisé et approuvé par le médecin.
5. Le médecin a estimé que l'individu était un bon candidat à l'utilisation d'un médicament destiné à la prise en charge de l'excès de poids.

Page suivante

**À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN, L'INFIRMIER PRATICIEN  
ou LE PHARMACIEN EN CONSULTATION AVEC LE MÉDECIN OU L'INFIRMIER PRATICIEN**

*Cher docteur/infirmier praticien/pharmacien : Nous vous saurions gré de fournir les informations sur l'état de santé du patient susmentionné et ses antécédents de traitement qui sont exigées par le commanditaire du régime d'assurance médicaments aux fins de l'approbation des réclamations pour les médicaments destinés à la prise en charge de l'excès de poids. Veuillez remplir AU COMPLET les sections suivantes du présent formulaire. Les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge du patient.*

**Médicament demandé – un médicament générique peut être utilisé, le cas échéant**

Nom du médicament	Dosage	DIN
Capsules de Xenical (orlistat) <input type="checkbox"/> Le patient s'inscrit au programme Xenical BodyWellness <input type="checkbox"/> Le patient s'est inscrit au programme Xenical BodyWellness	<input type="checkbox"/> 120 mg	<input type="checkbox"/> 02240325
Capsules de Meridia (sibutramine)	<input type="checkbox"/> 10 mg <input type="checkbox"/> 15 mg	<input type="checkbox"/> 02243163 <input type="checkbox"/> 02243164
Autre, veuillez préciser :		

S'agit-il d'une demande pour \_\_\_ une première utilisation \_\_\_, la poursuite ou \_\_\_ un nouvel essai de la thérapeutique?

**RENSEIGNEMENTS À L'APPUI DE LA DEMANDE DU MÉDICAMENT**

**Paramètres et description du patient et du traitement**

Taille	Poids	IMC
Tour de taille	Rapport du tour de taille au tour de hanches	
<b>Facteurs de comorbidité</b> (cochez toutes les réponses pertinentes)	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Hypertension Tension artérielle actuelle : Médicaments (s'il y a lieu) : <input type="checkbox"/> Diabète Glycémie/hémoglobine glyquée actuelle : Médicaments (s'il y a lieu) : <input type="checkbox"/> Dyslipidémie Taux actuels des lipides – Chol. total/LDL/HDL/triglycérides :  Médicaments (s'il y a lieu) : <input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien (RGO) <input type="checkbox"/> Ostéoarthrite <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :	
Renseignements sur les stratégies de perte de poids ou de prise en charge du poids employées précédemment, y compris leur durée et les résultats		
Objectif thérapeutique actuel (par exemple, % de réduction du poids initial sur 6 mois, IMC cible)		
<b>Programmes concomitants personnalisés de soutien nutritionnel et comportemental à la prise en charge du poids</b> (cochez toutes les réponses pertinentes)	<input type="checkbox"/> Programme de suivi par le médecin/infirmier praticien <input type="checkbox"/> Consultation avec une diététicienne ou une nutritionniste <input type="checkbox"/> Programmes commerciaux (par exemple, Weight Watchers, TOPS, etc.) Veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Aucun programme concomitant de soutien nutritionnel n'est prévu	
Programme d'activité physique concomitant et approuvé par le médecin (veuillez préciser)		
Nom et signature du médecin / infirmier praticien :	Téléphone :	Date :
Nom et signature du pharmacien :	Code de pharmacie, emplacement, téléphone :	Date :

**À USAGE INTERNE SEULEMENT**

<b>Décision</b> <input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé	Date	Quantité
	Approuvé par	ou date de fin
<b>Prolongation possible</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non