

**Strictement confidentiel**  
**Formulaire d'Autorisation Préalable**  
**Pour les médicaments destinés à traiter les troubles de l'érection**

**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 traiter les troubles de l'érection 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 : \_\_\_\_\_ (VILLE)  
\_\_\_\_\_  
(RUE/BOÎTE POSTALE) (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 au traitement des troubles de l'érection par mon régime d'assurance médicaments.

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

**CRITÈRES DE COUVERTURE**

Les patients sont admissibles au remboursement des médicaments approuvés pour le traitement des troubles de l'érection s'ils satisfont au critère suivant :

1. Avoir un diagnostic confirmé de trouble de l'érection (une incapacité persistante à avoir ou à maintenir une érection suffisante pour les rapports sexuels) attribuable à une ou plusieurs des diverses étiologies reconnues.

**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 contre les troubles de l'érection. 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.*

<b>Médicament demandé – un médicament générique peut être utilisé, le cas échéant</b>		
<b>Nom du médicament</b>	<b>Dosage</b>	<b>DIN</b>
Comprimés de Viagra (citrate de sildénafil)	<input type="checkbox"/> 25 mg <input type="checkbox"/> 50 mg <input type="checkbox"/> 100 mg	<input type="checkbox"/> 02239766 <input type="checkbox"/> 02239767 <input type="checkbox"/> 02239768
Comprimés de Cialis (tadalafil)	<input type="checkbox"/> 10 mg <input type="checkbox"/> 20 mg	<input type="checkbox"/> 02248088 <input type="checkbox"/> 02248089
Comprimés de Cialis une fois par jour (tadalafil)	<input type="checkbox"/> 2,5 mg <input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> 02296888 <input type="checkbox"/> 02296896
Comprimés de Levitra (vardénafil)	<input type="checkbox"/> 5 mg <input type="checkbox"/> 10 mg <input type="checkbox"/> 20 mg	<input type="checkbox"/> 02250462 <input type="checkbox"/> 02250470 <input type="checkbox"/> 02250489
Injections de Caverject (alprostadil)	<input type="checkbox"/> 10 mcg <input type="checkbox"/> 20 mcg	<input type="checkbox"/> 02215179 <input type="checkbox"/> 02215187
MUSE (système d'administration de médicaments intra-urétral)	<input type="checkbox"/> 125 mcg <input type="checkbox"/> 250 mcg <input type="checkbox"/> 500 mcg <input type="checkbox"/> 1000 mcg	<input type="checkbox"/> 02238592 <input type="checkbox"/> 02238593 <input type="checkbox"/> 02238594 <input type="checkbox"/> 02238595
Autre, veuillez préciser :		

**Le patient susmentionné a un diagnostic confirmé de trouble de l'érection (une incapacité persistante à avoir ou à maintenir une érection suffisante pour les rapports sexuels) attribuable à :**

- Un effet secondaire attesté d'un ou plusieurs médicaments d'ordonnance nécessaires  
Veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Un diabète sucré (traité par des hypoglycémifiants oraux ou par l'insuline)
- Une maladie aorto-iliaque montrant une diminution du débit sanguin (p. ex., échographies Doppler anormales ou pouls absents)
- Une prostatectomie radicale et une irradiation de la prostate
- Une lésion ou maladie neurologique (par exemple, sclérose en plaques, lésion de la moelle épinière)
- Des anomalies endocriniennes attestées (par exemple, faible taux de testostérone)
- Des troubles psychiatriques pour lesquels des médicaments et/ou un traitement sont administrés
- Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**Outre ce qui précède, le patient :**

Oui  Non S'est vu prescrire des nitrates sous quelque forme que ce soit au cours des six derniers mois. Si c'est le cas et que vous demandiez du Viagra, du Cialis ou du Levitra, veuillez décrire les circonstances dans l'espace prévu à cet effet : \_\_\_\_\_

Oui  Non Est traité activement à l'heure actuelle pour des troubles de l'érection avec n'importe laquelle des thérapeutiques suivantes : injections intracaverneuses, MUSE, Viagra, Cialis, Levitra, yohimbine, dispositif à vide, implant pénien.

<b>Nom et signature du médecin / infirmier praticien :</b>	<b>Téléphone :</b>	<b>Date :</b>
<b>Nom et signature du pharmacien :</b>	<b>Code de pharmacie, emplacement, téléphone :</b>	<b>Date :</b>
<b>À USAGE INTERNE SEULEMENT</b>		
<b>Décision</b> <input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé	<b>Date</b>	<b>Quantité</b>
	<b>Approuvé par</b>	<b>ou date de fin</b>
<b>Prolongation possible</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	