

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Seuls les prescripteurs de médicaments peuvent remplir le formulaire de demande d'exception pour un médicament. Ce formulaire ne peut être rempli par personne d'autre, y compris la personne blessée ou malade.

Renseignements sur le patient ou la patiente	
Nom de la personne requérante	Numéro de dossier

Signature du prescripteur et renseignements de facturation

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets. Je comprends que le fait de faire sciemment une fausse déclaration ou représentation à la WSIB constitue une infraction.

Nom du prescripteur	Signature	Date
Adresse du prescripteur	Ville	Province
		Code postal

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.

Numéro de téléphone de la personne-ressource	Date du service	Identification du fournisseur de la WSIB
Numéro d'inscription à la TVH	Montant de la TVH facturé	Numéro de facture du prescripteur

Code(s) d'honoraires : veuillez cocher une case ou les deux pour assurer le paiement exact; ne cochez les deux cases que si vous remplissez les parties A et B :

Je dois être payé pour la partie A (demande de traitement non opioïde) en vertu du code d'honoraires M758 (56,05 \$)

Je dois être payé pour la partie B (demande de traitement opioïde) en vertu du code d'honoraires M639 (65,00 \$)

Médicament(s) demandé(s) pour la lésion ou la maladie reliée au travail

Nom du médicament	Posologie et fréquence	DEM (s'il y a lieu)	Durée prévue	Diagnostic relié au travail faisant l'objet du traitement

Ce formulaire concerne (choisissez l'une ou les deux options) :

Traitement non opioïde (remplir la partie A)

Traitement opioïde (remplir la partie B)

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Nom de la personne personne requérante	Numéro de dossier
----------------------------------------	-------------------

Partie A : Traitement non opioïde demandé

1. Fournir la justification de la prescription du ou des médicaments pour la lésion ou la maladie reliée au travail en dehors de la liste de médicaments de la WSIB.

a. Pour les demandes initiales, énumérez les médicaments essayés précédemment, y compris ceux qui étaient contre-indiqués ou non tolérés.

b. Énumérez les objectifs thérapeutiques de ce médicament ainsi que les indicateurs cliniques qui justifient la nécessité de poursuivre le traitement, y compris tout plan d'augmentation ou de réduction de la dose.

c. Évaluez les capacités fonctionnelles globales du patient au cours de la dernière semaine (où 10 signifie que la personne a retrouvé les capacités fonctionnelles qu'elle avait avant la lésion ou la maladie) :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

d. Indiquez tous les domaines qui se sont améliorés avec ce(s) médicament(s) :

Capacité de travailler	Activités de la vie quotidienne	Concentration	Mobilité
Humeur	Douleur	Sommeil	Sociabilité
			Autre : _____

2. Énumérez toute comorbidité ou préoccupation en matière de sécurité liée à l'utilisation du ou des médicaments demandés.

3. Fournissez toute autre information pertinente relative à cette demande (p. ex. taux sanguins, dépistage urinaire, tests de la fonction pulmonaire) :

Nom de la personne requérante	Numéro de dossier
-------------------------------	-------------------

Partie B : Demande de traitement par opioïdes

Entente de traitement par opioïdes :	Oui	Non	Trousse de naloxone recommandée :	Oui	Non
--------------------------------------	-----	-----	-----------------------------------	-----	-----

Outil d'évaluation du risque lié aux opioïdes : Oui Non Score : _____

1. Fournir la justification de la prescription du ou des médicaments pour la lésion ou la maladie reliée au travail en dehors de la liste de médicaments de la WSIB.

a. Pour les demandes initiales, énumérez les médicaments essayés précédemment, y compris ceux qui étaient contre-indiqués ou non tolérés.

b. Énumérez les objectifs thérapeutiques de ce médicament ainsi que les indicateurs cliniques qui justifient la nécessité de poursuivre le traitement, y compris tout plan d'augmentation ou de réduction de la dose.

c. La dose équivalente de morphine a-t-elle augmenté par rapport à la dose précédente?	Oui	Non
----------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----

d. Estimation de l'intensité moyenne de la douleur du patient au cours de la semaine dernière (où 10 représente une douleur persistante et grave) :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

e. Évaluez les capacités fonctionnelles globales du patient au cours de la dernière semaine (où 10 signifie que la personne a retrouvé les capacités fonctionnelles qu'elle avait avant la lésion ou la maladie) :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

f. Indiquez tous les domaines qui se sont améliorés avec ce(s) médicament(s) :

Capacité de travailler	Activités de la vie quotidienne	Concentration	Mobilité
Humeur	Douleur	Sommeil	Sociabilité
Autre : _____			

2. Énumérez toute comorbidité ou préoccupation en matière de sécurité liée à l'utilisation du ou des médicaments demandés.

Le patient a-t-il présenté :

Perte d'ordonnance :	Oui	Non	Renouvellements précoces :	Oui	Non
----------------------	-----	-----	----------------------------	-----	-----

Augmentation non autorisée de la dose :	Oui	Non
-----------------------------------------	-----	-----

3. Énumérez tout médicament concomitant que le patient prend et qui pourrait avoir un effet sédatif (p. ex. benzodiazépines, hypnotiques, gabapentinoïdes, etc.).

4. Avez-vous envisagé de diminuer progressivement la dose ou de remplacer le médicament opioïde?	Oui	Non
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le plan de réduction progressive prévu pour le patient.