

# Visudyne Therapy Registration/ Funding Enrollment

# Inscription au traitement à la visudyne/ au programme de financement

**This registration form must be completed and signed by the attending ophthalmologist for each visudyne treatment.**

**Cette formule doit être remplie et signée par l'ophtalmologiste traitant pour chaque traitement à la visudyne.**

The collection of the information on this form is authorized by Clause 23(b) of O Reg 965, s.23, O. Reg 376/92, s.1. under the Public Hospitals Act R.S.O. 1980, Chapter 410 for the purpose of assessing monitoring patient use of verteporfin and payment therefore. For information about collection practices contact: INFOLINE TEL. 416 327-4327, Toll Free 1 800 387-5559, or TTY 1 800 268-1154.

La collecte des renseignements susmentionnés est autorisée en vertu du paragraphe 23 b) des Règl. 965, art.23, 376/92, art.1 pris en application de la Loi sur les hôpitaux publics, L.R.O. 1980, chap. 410, aux fins de l'évaluation du suivi de l'utilisation de la vertéporfine par le (la) patient(e) et du paiement. Pour toute question concernant la collecte de renseignements, prière de s'adresser à la Ligne INFO 416 327-4327 sans frais : 1 800 387-5559, ou ATS : 1 800 268-1154.

Name of physician/Nom du médecin	OHIP Billing no./N° de facturation de l'Ass.-santé	OGPMSS Client no./N° de client du SAMPGO
----------------------------------	--	--

Practice location/Emplacement du cabinet	Name of visudyne program hospital/Nom de l'hôpital participant au programme de traitement à la Visudyne	Facility number/N° de l'établissement
--	---	---------------------------------------

Name of patient/Nom du (de la) patient(e)	Health Number/N° d'Assurance-santé de l'Ontario	Sex/Sexe <input type="checkbox"/> Male/Homme <input type="checkbox"/> Female/Femme	Date of birth/Date de naissance dd/jj mm/mm yyyy/aaaa
---	---	---	--

<b>Treatment / Traitement</b>							Date/Date dd/jj mm/mm yyyy/aaaa
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	------------------------------------

<b>Left eye/ Oeil gauche</b>	#1/N° 1	#2/ N° 2	#3/ N° 3	#4/ N° 4	#5/ N° 5	#6/ N° 6	Date/Date dd/jj mm/mm yyyy/aaaa
----------------------------------	---------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

<b>Right eye/ Oeil droit</b>	#1/N° 1	#2/ N° 2	#3/ N° 3	#4/ N° 4	#5/ N° 5	#6/ N° 6	Date/Date dd/jj mm/mm yyyy/aaaa
----------------------------------	---------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

<b>Diagnosis / Diagnostic</b>			Date of most recent angiogram/ Date du dernier angiogramme dd/jj mm/mm yyyy/aaaa
<input type="checkbox"/> AMD/DMLA	<input type="checkbox"/> Subfoveal CNV/ NVC subfovéale	<input type="checkbox"/> Predominantly Classic/ Forme essentiellement classique	
<input type="checkbox"/> Secondary to Pathological Myopia/ Liée à la myopie pathologique	<input type="checkbox"/> Presumed Ocular Histoplasmosis Syndrome/ Syndrome d'histoplasiose oculaire présumé		

## Eligibility Criteria for Reimbursement / Critères d'admissibilité au remboursement

i. The patient has predominantly classic subfoveal choroidal neovascularization (CNV) secondary to age-related macular degeneration (AMD), pathologic myopia, or presumed ocular histoplasmosis syndrome. 'Predominantly' means that the area of classic subfoveal CNV is equal to or greater than 50% of the total CNV lesion, as determined by fluorescein angiography and documented by retinal photographs retained on the patient's permanent medical record: and	<b>Yes/ Oui</b>	<b>No/ Non</b>	i. Le(la) patient(e) souffre d'une forme essentiellement classique de néovascularisation choroïdienne (NVC) subfovéale des suites d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), myopie pathologique ou syndrome de l'histoplasiose oculaire présumée. Par essentiellement classique, on entend qu'au moins 50 % de la lésion présente une forme classique de la maladie, comme le démontrent l'angiographie fluorescéinique et des photographies de la rétine conservées dans le dossier médical permanent du (de la) patient(e); et
ii. treatment is commenced within 30 months after initial diagnosis of predominantly classic subfoveal CNV secondary to either AMD or pathologic myopia; and	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ii. le traitement est entrepris dans les 30 mois suivant le diagnostic initial de la forme essentiellement classique de NVC subfovéale des suites d'une DMLA ou d'une myopie pathologique; et
iii. the patient's visual acuity is equal to or worse than 20/40' and	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iii. l'acuité visuelle du (de la) patient(e) est égale ou inférieure à 20/40'; et
iv. for each repeat therapy, recurrent or persistent CNV leakage is detected by fluorescein angiography and documented by retinal photographs retained on the patient's permanent medical record.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iv. lors de chaque traitement, des exsudations récurrentes ou persistentes sont détectées par angiographie fluorescéinique et documentées par des photographies de la rétine conservées dans le dossier médical permanent du (de la) patient(e).

Certification of eligibility criteria by the authorized treating physician/ Attestation d'admissibilité selon le médecin traitant autorisé	Physician signature/Signature du médecin	Date/Date
---	--	-----------

Visudyne shipment approved by hospital/ Envoi de visudyne approuvé par l'hôpital	Authorized signature/Signature autorisée	Date/Date
---	--	-----------

White – Patient Blanc – Patient	Canary – Hospital pharmacy Canari – Pharmacie de l'hôpital	Pink – Treating physician Rose – Médecin traitant
------------------------------------	---	--