



FONDATION FACE FORWARD

### Programme de subvention pour un traitement au Bio-Alcamid

La Fondation Face Forward est honorée de diriger le programme de subvention pour le traitement des personnes qui ont besoin d'une correction esthétique faciale et qui ne peuvent se le permettre. De concert avec les commanditaires et les médecins traitants, nous reconnaissons l'importance de ce traitement et nous cherchons à en assurer l'accès aux personnes séropositives affligées de lipoatrophie faciale.

Les candidats admissibles au traitement subventionné de Face Forward doivent toutefois répondre aux critères suivants :

- ✓ Soumettre une demande de traitement subventionné à Face Forward
- ✓ Envoyer la déclaration signée de leur principal médecin traitant le VIH, confirmant la nécessité du traitement;
- ✓ Envoyer une copie de la formule T4 la plus récente qui indique un revenu d'au plus 30 000 \$;
- ✓ Annexer une brève description, en 100 mots, de l'impact de la lipoatrophie faciale sur leur vie et de la façon dont la correction esthétique devrait changer cette situation.

Veillez lire notre politique de confidentialité.

Les documents doivent être envoyés par télécopieur, au 416-487-0251

Pour tout renseignement général, veuillez aller au site : [info@faceforward.ca](mailto:info@faceforward.ca)

Toute personne qui répond aux critères susmentionnés sera contactée et placée sur une liste d'attente. Tous les mois, les chirurgiens qui participent au programme au pays offriront un nombre limité de traitements à un taux subventionné, en fonction de leur horaire et de leur disponibilité. Dès que votre nom sera choisi, vous serez averti(e) par téléphone ou par courriel.

### Conditions et modalités

Je comprends que l'information que je vais fournir servira à déterminer mon admissibilité au traitement subventionné de la Fondation Face Forward et j'atteste que le tout est véridique et complet. Je consens, par la présente, à ce que la Fondation Face Forward échange les renseignements sur ma personne avec les affiliés de la Fondation, lorsqu'elle le juge nécessaire, aux seules fins de vérifier et qualifier cette demande. Le tout autorise également la Fondation Face Forward et ses affiliés à faire une enquête de crédit et/ou vérifier l'emploi, le revenu et les références personnelles indiqués dans la présente demande.



## FORMULE DE DEMANDE D'UN TRAITEMENT SUBVENTIONNÉ

Nom : (M., Mme, Docteur) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

N° de téléphone (résidence) : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

N° de téléphone - affaires ou cellulaire (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer à quel numéro on peut laisser des messages : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance (mois/jour/année) : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Situation d'emploi :   Plein temps   Temps partiel   Travailleur autonome   Étudiant  
                                  Assurance-emploi   Autre

Revenu mensuel : \_\_\_\_\_

**Veuillez lire la déclaration suivante du Programme de subvention Face Forward. Face Forward exige que tous les participants soient d'accord avec cette déclaration et y souscrivent :**

*Je comprends que le Programme de subvention Face Forward allie la générosité et le soutien des médecins traitants, du fournisseur de bio-alcamid et des commanditaires qui assurent le financement. Ce programme offre un traitement à coût moindre aux candidats qui se qualifient. Pour la poursuite de ce programme, chaque personne doit s'engager à répondre aux obligations financières connexes. À défaut de quoi, la participation des autres personnes qui ont besoin du programme pourrait être menacée.*

*Je suis d'accord avec les conditions et modalités de cette entente*

*Je suis d'accord pour un suivi périodique de la Fondation Face Forward sous forme de sondages sur la qualité de vie destinés à déterminer l'efficacité de ce programme.*

Description, en 100 mots, de l'impact de la reconstruction faciale par Bio-Alcamid sur ma vie :

Conditions et modalités du programme de traitement subventionné :

Je comprends que les renseignements que je vais fournir serviront à déterminer mon admissibilité au traitement subventionné de correction faciale et j'atteste que ces renseignements sont véridiques et complets. Par la présente, j'autorise la Fondation Face Forward et ses affiliés à échanger les renseignements qu'ils jugent nécessaires.

Tarifs **\*\*Nouveaux 1<sup>er</sup> mai, 2006\*\***

Pendant la consultation, votre médecin discutera de la quantité requise pour la correction optimale de votre lipoatrophie faciale, et le coût sera établi comme il suit :

---

| Volume (ml) | Coût pour le patient avec subvention |
|-------------|--------------------------------------|
| 10 ml       | \$900                                |
| 15 ml       | 1 100                                |
| 20 ml       | 1 300                                |
| 25 ml       | 1 500                                |
| 30 ml       | 1 700                                |
| 35 ml       | 1 900                                |
| 40 ml       | 2 100                                |

**\*\* Le prix peut varier et être assujetti aux taxes imposées.\*\***

Dès autorisation, Face Forward entrera en contact avec vous et avec le médecin traitant. Veuillez indiquer tout détail particulier, dans l'espace ci-dessous :

Signature du candidat : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ SOUMETTRE LA DEMANDE À :**

Face Forward Foundation  
57b Alcorn Avenue  
Toronto, Ontario M4V 1E5

Télécopieur : 416-487-0251  
Courriel : [info@faceforward.ca](mailto:info@faceforward.ca)

Votre candidature sera confirmée par Face Forward par la même méthode de soumission (télécopieur, courriel, envoi postal) et sera assortie d'un numéro de référence.

---

## SONDAGE SUR LA QUALITÉ DE VIE EN DERMATOLOGIE

N° du sujet : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Note : \_\_\_\_\_

**Ce questionnaire vise à déterminer comment vous évaluez votre qualité de vie à ce moment-ci. Veuillez donc cocher une case par question.**

1. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure diriez-vous avoir ressenti des picotements, du mal, de la douleur ou des pincements au visage?  
Beaucoup   
Un peu   
Pas du tout
2. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure avez-vous été **embarrassé(e)** ou **conscient(e)** de votre lipoatrophie faciale?  
Extrêmement   
Beaucoup   
Un peu   
Pas du tout
3. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure votre lipoatrophie faciale a-t-elle interféré avec vos activités, notamment les **emplettes**, le **jardinage** ou les tâches ménagères?  
Extrêmement   
Beaucoup   
Un peu   
Pas du tout   
Pas pertinent
4. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure votre lipoatrophie faciale a-t-elle influencé les **vêtements** que vous avez portés?  
Extrêmement   
Beaucoup   
Un peu   
Pas du tout   
Pas pertinent
5. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure votre lipoatrophie faciale a-t-elle eu un impact sur vos activités **sociales** ou **récréatives**?  
Extrêmement   
Beaucoup   
Un peu   
Pas du tout   
Pas pertinent
6. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure la pratique d'un **sport** a-t-elle été rendue difficile à cause de votre lipoatrophie faciale?  
Extrêmement   
Beaucoup   
Un peu   
Pas du tout   
Pas pertinent
7. Au cours de la dernière semaine, votre lipoatrophie faciale vous a-t-elle empêché(e) de **travailler** ou d'**étudier**?  
Oui   
Non   
Pas pertinent   
  
Si "Non", au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure votre lipoatrophie faciale a-t-elle été un problème pour le **travail** ou les **études**?  
Beaucoup   
Un peu   
Pas du tout

8. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure votre lipoatrophie faciale a-t-elle causé des problèmes à votre **partenaire**, à vos **proches amis** ou à vos **parents**? Extrêmement   
Beaucoup   
Un peu   
Pas du tout   
Pas pertinent
9. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure votre lipoatrophie faciale a-t-elle été la cause de **difficultés sexuelles**? Extrêmement   
Beaucoup   
Un peu   
Pas du tout   
Pas pertinent
10. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure le **traitement** de votre lipoatrophie faciale a-t-il causé un problème, notamment du désordre à la maison ou une perte de temps? Extrêmement   
Beaucoup   
Un peu   
Pas du tout   
Pas pertinent

Veuillez vérifier si vous avez répondu à TOUTES les questions. Merci.

---