



Le Programme de soutien aux patients CELLTRION CONNECT<sup>MC</sup> (le « Programme ») est commandité et offert par Celltrion Healthcare Canada Limitée (« Celltrion ») en collaboration avec ses fournisseurs tiers (« Administrateurs du Programme »), afin de soutenir les patients qui ont reçu une ordonnance pour Remdantry<sup>MC</sup> (« Services de soutien »). Les renseignements contenus dans le présent document sont utilisés par le Programme pour faciliter l'accès à Remdantry<sup>MC</sup>.

**RENSEIGNEMENTS  
SUR LE PATIENT**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Femme ☐ Homme ☐ Non-binaire ☐  
Adresse : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Tél. Cell. : \_\_\_\_\_ Possibilité de laisser un message : Oui ☐ Non ☐ Meilleur moment pour communiquer avec vous : Matin ☐ Après-midi ☐  
Tél. (domicile) : \_\_\_\_\_ Allergies connues : Oui ☐ Non ☐ Le cas échéant, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
Langue de préférence : Anglais ☐ Français ☐ Autre ☐ Veuillez préciser : \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

**POUR LES PATIENTS  
MINEURS**

Nom du tuteur légal \_\_\_\_\_

Lien avec le patient \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR  
LE MÉDECIN**

Nom : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_  
Numéro de licence : \_\_\_\_\_  
Personne-ressource du bureau : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Tél. (bureau) : \_\_\_\_\_ Téléc. (bureau) : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

**PHARMACIE**

Avez-vous une pharmacie préférée avec laquelle vous travaillez? Oui ☐ Non ☐

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_  
Téléc. : \_\_\_\_\_

**PARTIE SUR REMDANTRY<sup>MC</sup> POUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Se référer à la page 2 pour la posologie recommandée. Veuillez ☒ les cases qui s'appliquent et fournir les renseignements demandés.

☐ Le patient est déjà traité par infliximab ☐ Le patient commence le traitement par infliximab

Poids du patient (kg) : \_\_\_\_\_ Date du poids : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ mg Code du formulaire provincial (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTIC :**

**ADULTE**

☐ Polyarthrite rhumatoïde ☐ Spondylarthrite ankylosante ☐ Rhumatisme psoriasique ☐ Psoriasis en plaques  
☐ Colite ulcéreuse ☐ Maladie de Crohn ☐ Maladie de Crohn avec fistulisation

**ENFANT**

☐ Colite ulcéreuse (6 ans ou plus) ☐ Maladie de Crohn (9 ans ou plus)

**FRÉQUENCE/DURÉE**

Date de début demandée\* : \_\_\_\_\_

☐ Induction : Semaines ☐ 0 ☐ 2 ☐ 6 ☐ Traitement de maintien : Chaque \_\_\_\_\_ semaine(s) pendant \_\_\_\_\_ mois. Répéter : x \_\_\_\_\_

☐ Administrer la dose de Remdantry<sup>MC</sup> par perfusion intraveineuse en suivant le protocole standard de perfusion de Remdantry<sup>MC</sup> de la clinique.

☐ Perfusion d'une heure : Si mes patients (adulte ou enfant) atteints de polyarthrite rhumatoïde, de la maladie de Crohn ou de colite ulcéreuse, ont reçu et bien toléré les 3 premières perfusions administrées sur une période d'au moins 2 heures, initiez l'ordonnance suivante : utilisez le protocole standard actuel de perfusion raccourcie recommandé pour administrer Remdantry<sup>MC</sup> sur une durée d'au moins 1 heure, ou selon la tolérance du patient, et gérez les réactions à la perfusion si applicable.

\* La solution de perfusion doit être administrée sur une période d'au moins 2 heures, sauf si une perfusion d'une heure est prescrite en tenant compte des conditions mentionnées ci-dessus. L'équipement d'urgence, tel que l'adrénaline, les antihistaminiques, les corticostéroïdes ou du matériel d'intubation doit être à disposition.

**ORDONNANCE DE PRÉMÉDICATION**

☐ Aucune prémédication requise (ne sélectionnez aucun des médicaments ci-dessous) ☐ Oui, une prémédication est requise : Sélectionnez le(s) médicament(s) de prétraitement à administrer avant la perfusion à la clinique (indiquer la dose/la voie d'administration) :

**PRÉMÉDICATIONS**

☐ Diphenhydramine (e.g., Benadryl<sup>†</sup>) \_\_\_\_\_ mg  
☐ Acétaminophène \_\_\_\_\_ mg  
☐ Hydrocortisone \_\_\_\_\_ mg  
☐ Dimenhydrinate (e.g., Gravol<sup>†</sup>) \_\_\_\_\_ mg  
☐ Méthylprednisolone \_\_\_\_\_ mg

Autre(indiquez)<sup>†</sup>: \_\_\_\_\_

<sup>†</sup> Veuillez fournir une prescription au patient, le patient devra apporter ses autres médicaments lors de sa perfusion.

**ADMINISTRATION**

☐ Voie orale **OU** ☐ Voie intraveineuse 15-30 min avant la perfusion (max 50 mg)  
☐ Voie orale 15-30 min avant la perfusion  
☐ Voie intraveineuse 15-30 min avant la perfusion  
☐ Voie orale **OU** voie intraveineuse 15-30 min avant la perfusion  
☐ 15-30 min avant la perfusion

**DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE**

☐ Non requis  
☐ Positif (+) Date : \_\_\_\_\_  
☐ Négatif (-) Date : \_\_\_\_\_

**RADIOGRAPHIE  
PULMONAIRE**

☐ Non requis  
☐ Résultats Date : \_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux pertinents / remarques :**



**En apposant ma signature :**

- Les paramètres de prescription ci-dessus sont conformes aux indications énoncées dans la monographie du produit.
- Je consens à ce que le patient soit inscrit au programme de soutien aux patients de CELLTRION CONNECT<sup>MC</sup> (le « Programme »).
- J'ai le consentement du patient pour partager avec le Programme les renseignements du patient dans ce formulaire et selon les besoins pour fournir les services du Programme.
- Je consens à ce que Celltrion communique avec moi au sujet de l'inscription de ce patient, au besoin, pour administrer ou offrir le Programme et les Services de soutien ou en cas d'événements indésirables associés à Remdantry<sup>MC</sup>. Cette ordonnance est l'ordonnance originale qui sera envoyée à la pharmacie sélectionnée par le patient.
- Je consens à ce que l'Administrateur du Programme soit mon agent désigné pour la transmission de l'ordonnance au Programme et à la pharmacie. Je consens à ce que l'Administrateur du Programme recueille, utilise et divulgue mes renseignements dans le but de fournir les Services de soutien ou de communiquer avec moi afin d'améliorer la qualité des Services de soutien offerts dans le cadre du Programme.

Nom du médecin \_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_

Date<sup>†</sup> \_\_\_\_\_

<sup>†</sup> Date d'entrée en vigueur.

## POSOLOGIE RECOMMANDÉE\*

### Polyarthrite rhumatoïde

3 mg/kg administrée par perfusion intraveineuse, suivie de doses supplémentaires de 3 mg/kg, 2 et 6 semaines après l'administration de la première perfusion, puis toutes les 8 semaines par la suite. Doit être administré avec du méthotrexate.

### Spondylarthrite ankylosante

5 mg/kg administrée par perfusion intraveineuse, suivie de doses supplémentaires de 5 mg/kg, 2 et 6 semaines après la première perfusion, puis toutes les 6 à 8 semaines par la suite.

### Colite ulcéreuse (adultes et enfants de 6 ans ou plus)

5 mg/kg administrée comme traitement d'induction aux semaines 0, 2 et 6, suivie de doses de 5 mg/kg toutes les 8 semaines par la suite.

### Maladie de Crohn (adultes et enfants de 9 ans ou plus)

5 mg/kg administrée comme traitement d'induction aux semaines 0, 2 et 6, suivie d'une dose de 5 mg/kg administrée comme traitement d'entretien toutes les 8 semaines par la suite.

### Maladie de Crohn avec fistulisation

5 mg/kg par perfusion intraveineuse administrée comme traitement d'induction aux semaines 0, 2 et 6, suivie d'une dose de 5 mg/kg administrée comme traitement d'entretien toutes les 8 semaines par la suite.

### Rhumatisme psoriasique

5 mg/kg administrée par perfusion intraveineuse, suivie de doses supplémentaires similaires, 2 et 6 semaines après la première perfusion, puis toutes les 8 semaines par la suite. Peut être administré avec ou sans méthotrexate.

### Psoriasis en plaques

5 mg/kg administrée par perfusion intraveineuse, suivie de doses supplémentaires de 5 mg/kg, 2 et 6 semaines après la première perfusion, puis toutes les 8 semaines par la suite.

\* Voir la monographie de produit pour les recommandations d'ajustement de dose.

## REMARQUES

## CONSENTEMENT DU PATIENT

Le programme de soutien aux patients CELLTRION CONNECT<sup>MC</sup> (le « **Programme** ») est conçu pour soutenir les patients au Canada à qui un produit Celltrion a été prescrit. Celltrion administre ce Programme par l'intermédiaire de fournisseurs de services tiers désignés par Celltrion (« **Administrateurs du Programme** ») et propose divers services de soutien aux individus. Selon l'éligibilité, ces services peuvent inclure l'éducation et la formation, les informations sur les produits, l'aide au remboursement des assurances, les services de traitement ou l'aide financière (collectivement appelés « **Services de soutien** »).

Toute information recueillie et partagée pour administrer les Services de soutien peut inclure des informations personnellement identifiables (« **Informations personnelles** ») me concernant. Cela comprend mes coordonnées, ma date de naissance, des informations médicales sensibles (telles que les conditions médicales, les traitements, la gestion des soins, l'assurance maladie et les détails de l'ordonnance) et toute autre information divulguée dans le cadre des Services de soutien.

Je comprends et j'accepte que le Programme ne fournit pas de conseils médicaux ni ne remplace la nécessité pour moi de parler avec mon fournisseur de soins de santé traitant pour des questions d'ordre médical. Je reconnais également que ma participation au Programme est volontaire.

Je comprends que les employés et/ou agents des Administrateurs du Programme traiteront mes Informations personnelles pour fournir des Services de soutien. Ces informations seront traitées conformément aux lois sur la confidentialité et aux normes de protection de la vie privée et des données de Celltrion (disponibles sur <https://www.celltrionhealthcare.ca/fr-ca/contactus/law/>).

J'accepte que Celltrion et les Administrateurs du Programme collectent des informations et partagent des informations avec mes prestataires de soins de santé et leur personnel, pharmacies, pharmaciens, compagnies d'assurance, payeurs publics provinciaux ou autres prestataires de soins de santé et de services (collectivement appelés « **Fournisseurs** ») si nécessaire pour me fournir les Services de soutien. Celltrion n'utilisera ni ne partagera mes Informations personnelles à d'autres fins que celles du Programme, sauf si la loi l'exige ou le permet.

Les Administrateurs du Programme peuvent anonymiser et regrouper mes Informations personnelles avec celles d'autres patients et les fournir à Celltrion et à ses Fournisseurs de services à des fins de compte-rendu, d'évaluation, d'audit, de surveillance, d'amélioration ou d'évaluation du Programme au profit des patients. Mes informations statistiques et agrégées anonymisées peuvent également être collectées, partagées et publiées avec des prestataires de soins de santé et des tiers à des fins de remboursement, de publication ou à des fins commerciales.

J'accepte d'être contacté par les Administrateurs du Programme par divers moyens (par exemple, téléphone, fax, courriel, courrier, SMS/message texte, etc.) pour coordonner les services du Programme ou me renseigner sur mon expérience avec le Programme afin d'améliorer les Services de soutien.

J'accepte que mes Informations personnelles anonymisées puissent être partagées avec Celltrion et mes Fournisseurs dans le but de signaler des événements indésirables (effets secondaires). Ces informations peuvent être fournies à Santé Canada ou à un autre organisme de réglementation pour signaler tout événement indésirable lié à un médicament ou comme l'exige la loi.

Je comprends que mes Informations personnelles peuvent être stockées ou traitées à l'extérieur du Canada. Si tel est le cas, mes informations seraient alors soumises aux lois du pays où elles sont stockées. Ce pays peut avoir des lois qui exigent que mes Informations personnelles soient divulguées au gouvernement dans des circonstances différentes de celles du Canada.

Je comprends et accepte que Celltrion a le droit, sans préavis, (1) d'apporter des modifications à la portée des Services de soutien offerts; (2) d'apporter des modifications aux conditions d'éligibilité aux Services de soutien; ou (3) d'interrompre le Programme ou l'un des Services de soutien. Si Celltrion nomme à tout moment un nouvel Administrateur du Programme, j'en serai informé et j'autorise par la présente Celltrion à transférer mes Informations personnelles au nouvel Administrateur du Programme afin de poursuivre ma participation au Programme. Je comprends que j'ai le droit d'accéder à mes Informations personnelles détenues par les Administrateurs du Programme ou de les corriger en contactant le Programme à [support@celltrionconnect.ca](mailto:support@celltrionconnect.ca) ou par téléphone au 1 855 966-1648. Je comprends que j'ai le droit à tout moment de retirer mon consentement à l'utilisation de mes Informations personnelles, mais si je décide de le faire, je ne participerai plus au Programme ni n'aurai accès aux services.

En signant ce formulaire, je consens à ce qui précède.

☐ En plus du consentement ci-dessus, j'accepte que l'Administrateur du Programme me contacte par voie électronique ou par d'autres moyens à des fins d'études de marché. Je reconnais que je peux à tout moment me désinscrire de ces communications en avisant l'Administrateur du Programme par courriel à l'adresse suivante : [support@celltrionconnect.ca](mailto:support@celltrionconnect.ca).

Nom du patient (en majuscules, svp) \_\_\_\_\_ Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Pour plus d'information, veuillez vous référer à la monographie de produit de Remdantry<sup>MC</sup>.

La monographie de produit est disponible sur demande ou accessible au <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/search?lang=fre>.

