CELLTRION CONNECT[MC]
PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI :
1 855 966-2223
support@celltrionconnect.ca
Des questions? 1 855 966-1648

Pr Remsima[MC] SC Infliximab

Colite ulcéreuse et maladie de Crohn

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Le Programme de soutien aux patients CELLTRION CONNECT[MC] (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 Remsima[MC] SC (infliximab) (« Services de soutien »). Les renseignements contenus dans le présent document sont utilisés par le Programme pour faciliter l'accès à Remsima[MC] SC.

Nom : _____ Date de naissance : JJ/MM/AAAA Langue de préférence : Anglais ☐ Français ☐ Autre ☐ Veuillez préciser : _____

Adresse : _____ Courriel : _____

Tél. (domicile) : _____ Possibilité de laisser un message : Oui ☐ Non ☐ Allergies connues : Oui ☐ Non ☐

Tél. (autre) : _____ Meilleur moment pour communiquer avec vous : Matin ☐ Après-midi ☐ Le cas échéant, veuillez préciser : _____

DIAGNOSTIC ☐ Adulte atteint de la maladie de Crohn modérément ou fortement évolutive ☐ Adulte atteint de la colite ulcéreuse modérément ou fortement évolutive

☐ Autre : _____ Le patient a-t-il terminé l'induction avec l'infliximab intraveineux? Oui ☐ Non ☐

VACCIN ET DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE (TB)

Test de TB ☐ Test cutané à la tuberculine
☐ Test QuantiFERON-TB Gold ☐ Non requis
☐ Positif (+) Date : JJ/MM/AAAA
☐ Négatif (-) Date : JJ/MM/AAAA

Radiographie pulmonaire ☐ Non requise
☐ Résultats complets Date : JJ/MM/AAAA

Vaccin contre le zona
☐ Exigé Marque : _____ N^bre de doses : ____

Vaccin contre le pneumocoque
☐ Exigé Marque : _____ N^bre de doses : ____

CONSEILS OPTIONNELS ☐ **Nutrition** ☐ Oui ☐ Non

Antécédents médicaux ou remarques : _____

SERVICES DE TESTS OPTIONNELS (VEUILLEZ ☑ TOUS CEUX QUI S'APPLIQUENT)

1. Patient passé du traitement d'entretien par l'infliximab IV à un traitement d'entretien par Remsima[MC] SC

☐ **Suivi Thérapeutique Pharmacologique (creux)**
☐ Au départ, avant la transition : _____
☐ À la 3e dose SC
☐ À la semaine ___
☐ À la dose ___
☐ Répéter dans ___ semaines
☐ Répéter dans ___ mois
☐ Dès que possible

Analyse de la calprotectine :
☐ IBDoc®
OU
☐ QuantOn Cal®
☐ Au départ : _____
☐ Répéter dans ___ semaines
☐ Répéter dans ___mois

☐ **Détection des anticorps anti-drogue**
☐ Dès que possible

2. Patient débutant un traitement d'induction par l'infliximab IV suivi d'un traitement d'entretien par Remsima[MC] SC

☐ **Suivi Thérapeutique Pharmacologique (creux)**
☐ À la semaine 14 : _____
☐ À la semaine : _____
☐ À la 1re dose de Remsima[MC] SC : _____
☐ À la dose de Remsima[MC] SC : _____
☐ Répéter dans ___ semaines
☐ Répéter dans ___ mois
☐ Dès que possible

Analyse de la calprotectine :
☐ IBDoc®
OU
☐ QuantOn Cal®
☐ Au départ : _____
☐ À la 1re dose SC : _____
☐ Répéter dans ___ semaines
☐ Répéter dans ___ mois

☐ **Détection des anticorps anti-drogue**
☐ Dès que possible

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Nom : _____

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 REMSIMA[MC] SC POUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

DOSAGE ET ADMINISTRATION

- La posologie d'entretien recommandée de Remsima[MC] SC est de 120 mg une fois toutes les 2 semaines, en commençant 4 semaines après la fin du traitement d'induction par l'infliximab IV.

OU

- Lors du passage d'un traitement d'entretien par l'infliximab IV à Remsima[MC] SC, Remsima[MC] SC peut être administré 8 semaines après la dernière perfusion IV d'infliximab.

Date de début demandée : JJ/MM/AAAA Veuillez ☑ les cases qui s'appliquent et fournir les renseignements demandés.

Médicament : Remsima[MC] SC (infliximab sous-cutané)

☐ Stylo d'auto-injection : (DIN: 02511584) Dose : 120 mg SC

Fréquence : ☐ Injection toutes les 2 semaines Durée : _____

Renouvellements : _____ Autre : _____

Pour les patients qui passent de l'infliximab IV à Remsima[MC] SC, veuillez indiquer la date de la dernière perfusion : JJ/MM/AAAA

☐ **Dose d'induction requise**

Médicament : ☐ Infliximab intraveineux

Marque : _____

Poids du patient : _____ Date de la pesée : JJ/MM/AAAA

Dose (mg) : Dose exacte : _____ OU N^bre exact de fioles : _____ fioles de 100 mg

Fréquence/durée

Période d'induction IV (semaines) : ☐ 0 ☐ 2 ☐ 6 ☐ Autres directives posologiques : _____

Clinique de perfusion préférée : _____

ORDONNANCE DE PRÉTRAITEMENTS Veuillez ☑ le ou les médicaments que vous désirez que le patient prenne avant la perfusion à la clinique (indiquez la dose et la voie d'administration).

☐ Aucun médicament préalable nécessaire

Prétraitements		Administration
☐ Diphenhydramine (p. ex., Benadryl*)	____ mg	☐ Par voie orale ou ☐ IV de 15 à 30 minutes avant la perfusion (maximum de 50 mg)
☐ Acétaminophène	____ mg	Par voie orale de 15 à 30 minutes avant la perfusion
☐ Hydrocortisone	____ mg	Par voie IV de 15 à 30 minutes avant la perfusion
☐ Dimenhydrinate (p. ex., Gravol*)	____ mg	☐ Par voie orale ou ☐ IV de 15 à 30 minutes avant la perfusion
☐ Méthylprednisolone	____ mg	De 15 à 30 minutes avant la perfusion
☐ Autre (veuillez préciser)* : _____		

* Veuillez remettre une ordonnance au patient. Le patient devra apporter d'autres médicaments à la visite de perfusion.

Pour la prise en charge des réactions liées à la perfusion : veuillez suivre le protocole standard recommandé à l'heure actuelle.

En apposant ma signature : 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 Remsima[MC] SC. 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. **Veuillez consulter les détails du consentement au verso.**

Signature du médecin	N° de permis d'exercice (Collège des médecins)	JJ/MM/AAAA Date†

† Date d'entrée en vigueur. Les ordonnances expirent un an après la date de la signature.

Attestation du prescripteur : Je confirme que l'ordonnance ci-jointe est une ordonnance originale et que la pharmacie est la seule partie réceptrice. L'ordonnance originale ne sera pas réutilisée.

REMARQUES

_____

_____

_____

CONSENTEMENT DU PATIENT

Le Programme de soutien aux patients CELLTRION CONNECT[MC] (le « Programme ») est un programme de soutien aux patients offert par Celltrion et destiné aux patients canadiens qui ont reçu une ordonnance pour Remsima[MC] SC. Les services du Programme peuvent comprendre la fourniture de renseignements sur la santé, la maladie et le produit, une aide en matière de remboursement, des services de traitement ou une assistance financière (les « Services de soutien »). Un fournisseur de services tiers, soit McKesson Canada Corporation, a été désigné comme administrateur du Programme (l'« Administrateur du Programme »). Ses employés et/ou ses agents traitent vos renseignements personnels conformément aux lois sur la confidentialité qui s'appliquent et aux normes de protection de la vie privée et des données de Celltrion. En outre, ce fournisseur est nommé périodiquement par Celltrion.

Je comprends et j'accepte :

(1) que les membres du personnel de l'Administrateur du Programme (le « Personnel du Programme ») puissent communiquer avec moi par diverses méthodes (p. ex., téléphone, télécopieur, courriel, courrier, etc.) aux fins de la prestation des Services de soutien;

(2) que mes renseignements personnels sur la santé soient recueillis, utilisés et stockés par l'Administrateur du Programme ainsi que mes fournisseurs de soins de santé qui participent à la prestation des Services de soutien;

(3) que mes renseignements personnels soient partagés avec le Personnel du Programme, à mes fournisseurs de soins de santé, à mes assureurs et/ou à d'autres payeurs, à Celltrion et/ou aux agents de Celltrion et à des fournisseurs de services, tels que des fournisseurs de technologies de l'information, à des fins qui s'inscrivent dans le cadre de l'administration du Programme et de la prestation des Services de soutien; et

(4) que mes fournisseurs de soins de santé et l'Administrateur du Programme communiquent mes renseignements personnels à Celltrion, au besoin, afin que l'entreprise se conforme à ses obligations réglementaires ou juridiques, notamment en ce qui a trait à l'innocuité du médicament et au signalement des effets indésirables.

Je comprends que l'Administrateur du Programme peut également partager des renseignements anonymisés (c.-à-d que les identifiants personnels ont été supprimés) et des données regroupées (combinées à d'autres données) avec Celltrion pour effectuer des analyses à des fins de recherche ou de publication commerciale et scientifique ou d'étude de marché en vue d'améliorer le Programme ou pour toute autre fin autorisée par la loi.

Je comprends que la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements visés aux présentes peuvent comprendre le transfert de données dans des territoires situés à l'extérieur du Canada (y compris aux États-Unis), où les lois locales peuvent exiger la divulgation de renseignements personnels aux autorités gouvernementales dans des circonstances qui diffèrent de celles qui s'appliquent au Canada. Les mesures contractuelles raisonnables prises pour protéger mes renseignements personnels lorsqu'ils sont traités par des tiers situés à l'extérieur de mon pays de résidence peuvent être assujetties à des exigences prévues par la loi en vigueur dans ces pays, par exemple des exigences concernant la divulgation des renseignements personnels aux autorités gouvernementales de ces pays.

Je comprends et reconnais que Celltrion se réserve le droit, sans préavis : (1) d'apporter des changements à la portée des Services de soutien offerts; (2) de modifier les critères d'admissibilité pour les Services de soutien; ou (3) de mettre un terme au Programme ou à l'un ou l'autre des Services de soutien.

Si, à tout moment, Celltrion nomme un nouvel Administrateur du programme, j'en serai avisé et j'autorise par la présente Celltrion à transférer mes renseignements personnels au nouvel administrateur afin que je puisse continuer à participer au Programme.

Je comprends que j'ai le droit d'accéder à mes renseignements personnels détenus par l'Administrateur du Programme, ou de les corriger, en communiquant avec McKesson Canada, située au 4705, rue Dobrin, Saint-Laurent (Québec) H4R 2P7, par téléphone au : 1 855 966-1648.

Je comprends que j'ai le droit de retirer à tout moment mon consentement pour l'utilisation de mes renseignements personnels; toutefois, dans un tel cas, je ne pourrais plus participer au Programme.

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

☐ En plus du consentement ci-dessus, j'accepte que l'Administrateur du Programme communique avec moi par voie électronique ou autre aux fins d'une étude de marché. Je comprends que je peux à tout moment retirer mon consentement à recevoir de telles communications en avisant l'Administrateur du Programme par courriel à l'adresse : support@celltrionconnect.ca

Signature du patient : _____ Date : _____ JJ/MM/AAAA

CELLTRION CONNECT[MC]

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS

1 855 966-1648

1 855 966-2223

support@celltrionconnect.ca

www.celltrionconnect.ca

Celltrion Healthcare Canada Limitée
121, rue King Ouest, bureau 1010
Toronto (Ontario) M5H 3T9
www.celltrionhealthcare.ca

© Celltrion Healthcare 2024 HCREM-00 CTHC-CA PB-0224/05FR