



**RENSEIGNEMENTS
SUR LE PATIENT**

Nom : _____ Date de naissance : _____ Femme Homme Non binaire
 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 : _____
 Langue de préférence : Anglais Français Autre Veuillez préciser : _____
 Numéro d'assurance maladie : _____

TESTS/SERVICES DE LABORATOIRE SUPPLÉMENTAIRES Veuillez tous ceux qui s'appliquent

Dépistage de la tuberculose

Complété Non requis À compléter par le Programme

Radiographie pulmonaire requise

Oui Non

**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 STEQEYMA[®] POUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Patient déjà sous Stelara[®] Nouveau patient sous l'ustekinumab Date de début demandée : _____
 Patient qui passe à Steqeyma[®] à partir d'un autre biosimilaire de l'ustekinumab (préciser) : _____

DIAGNOSTIC ET POSOLOGIE

Veillez les cases qui s'appliquent et fournir les renseignements demandés.

Poids du patient (kg) : _____

Diagnostic

Psoriasis en plaques chez l'adulte
 Rhumatisme psoriasique chez l'adulte

Posologie

45 mg aux semaines 0 et 4 et toutes les 12 semaines par la suite
 90 mg aux semaines 0 et 4 et toutes les 12 semaines par la suite (si le poids corporel > 100 kg)
 Autre _____

Forme pharmaceutique

Sous-cutanée
 Seringue préremplie

Maladie de Crohn chez l'adulte
 Colite ulcéreuse chez l'adulte

Induction :

Schéma recommandé : Une seule dose de Steqeyma[®] I.V. établie selon les catégories de poids corporel suivantes :

260 mg (≤ 55 kg)
 390 mg (> 55 kg et ≤ 85 kg)
 520 mg (> 85 kg)
 Prémédication(s) : _____

Intraveineuse

Fioles de 130 mg

Entretien :

90 mg toutes les 8 semaines*

La première dose sous-cutanée doit être donnée à la 8^e semaine suivant la dose d'induction intraveineuse.

Autre _____

Sous-cutanée

Seringue préremplie

* Pour certains patients (p. ex. ceux ayant une faible atteinte inflammatoire), les doses suivantes peuvent être administrées toutes les 12 semaines (ajuster à toutes les 8 semaines en cas de réponse insatisfaisante).

Durée : _____ Quantité et renouvellements autorisés : _____

Autres directives : _____

Code du formulaire provincial (le cas échéant) : _____



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[™] (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 Steqeyma[®]. 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[†]

[†] 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 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 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.

Nom du patient (en majuscules, svp) _____ Signature du patient _____ Date _____



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