

Formulaire d'inscription, d'ordonnance et de consentement destiné au patient

Veillez envoyer le formulaire rempli par télécopieur au 1-844-295-0219. Pour parler à un représentant clinique, composez sans frais le 1-844-466-6627.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT		RENSEIGNEMENTS SUR LE CABINET	
Nom :		Nom du médecin :	
Adresse :		Adresse :	
Tél. (domicile) :	Tél. (autre) :	Tél. (bureau) :	
Possible de laisser un message : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Télec. (bureau) :	
Meilleur moment pour me joindre : <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Soir		Nom de la personne-ressource :	
Courriel :		Courriel :	
Date de naissance :			
Allergies connues : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser :			


RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE DU MÉDECIN	VEUILLEZ COCHER LE DIAGNOSTIC
Poids du patient : _____ Date de pesée : jj / mm / aaaa	<input type="checkbox"/> PSORIASIS <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE
<input type="checkbox"/> Dose : _____ mg	<input type="checkbox"/> COLITE ULCÉREUSE <input type="checkbox"/> MALADIE DE CROHN <input type="checkbox"/> MAL. DE CROHN AVEC FISTULISATION


FRÉQUENCE / DURÉE	
Date de début demandée : jj / mm / aaaa	
<input type="checkbox"/> Induction : <input type="checkbox"/> SEMAINES <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Entretien : <input type="checkbox"/> Toutes les _____ semaines pendant _____ mois. Rép. : _____.
<input type="checkbox"/> Administrez la dose d'INFLLECTRA ^{MD} par perfusion i.v. en suivant le protocole standard pour l'administration d'INFLLECTRA ^{MD} de la clinique de perfusion	<input type="checkbox"/> Perfusion d'une heure Si mon patient atteint de polyarthrite rhumatoïde a bien toléré les 3 dernières perfusions de 2 heures, la directive de traitement est la suivante : utiliser le protocole standard actuel recommandé pour la perfusion abrégée pour administrer INFLLECTRA ^{MD} sur une période d'au moins 1 heure, ou selon la tolérance du patient, et prendre en charge les réactions liées à la perfusion comme il se doit.

DIRECTIVES CONCERNANT LE TRAITEMENT PRÉALABLE	<input type="checkbox"/> AUCUN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX PRÉALABLE REQUIS
Veillez cocher le(s) médicament(s) à administrer avant la perfusion et indiquer le mode d'administration	
TRAITEMENT PRÉALABLE	MODE D'ADMINISTRATION
<input type="checkbox"/> Diphénhydramine (p. ex., Benadryl**) 25-50 mg	<input type="checkbox"/> voie orale ou <input type="checkbox"/> i.v., de 15 à 30 min avant la perfusion (max. : 50 mg)
<input type="checkbox"/> Acétaminophène 325-650 mg	voie orale, de 15 à 30 min avant la perfusion
<input type="checkbox"/> Hydrocortisone 100 mg	voie i.v., de 15 à 30 min avant la perfusion
<input type="checkbox"/> Dimenhydrinate (p. ex., Gravol**) 50 mg	<input type="checkbox"/> voie orale ou <input type="checkbox"/> i.v., de 15 à 30 min avant la perfusion
<input type="checkbox"/> Méthylprednisolone _____ mg	voie i.v., de 15 à 30 min avant la perfusion
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)** :	

**Veillez remettre une ordonnance au patient; il devra apporter l'autre médicament au rendez-vous pour l'administration de la perfusion.

DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE			CXR (radiographie pulmonaire)	
<input type="checkbox"/> NON NÉCESSAIRE	<input type="checkbox"/> POSITIF (+) DATE : jj / mm / aaaa	<input type="checkbox"/> NÉGATIF (-) DATE : jj / mm / aaaa	<input type="checkbox"/> NON NÉCESSAIRE	<input type="checkbox"/> RÉSULTATS OBTENUS DATE : jj / mm / aaaa
Antécédents médicaux pertinents / notes :				

SIGNATURE DU MÉDECIN : 	*Date : jj / mm / aaaa
*Date d'entrée en vigueur. Les directives expirent un an après la date de signature. Attestation du prescripteur : J'atteste que la présente ordonnance est une ordonnance originale et que le pharmacien désigné en est le seul destinataire; l'originale ne sera pas réutilisée.	

SIGNATURE DU PATIENT : 	Date : jj / mm / aaaa
<input type="checkbox"/> J'ai lu et compris l'énoncé de consentement du patient imprimé au verso du présent formulaire et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements médicaux selon les modalités qui y sont décrites.	
<input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des communications électroniques de la part de Pfizer Canada inc., de l'administrateur et du personnel du programme qui visent à déterminer mon admissibilité à ce dernier, à organiser des activités connexes et à m'offrir des services qui y sont liés. Des courriels peuvent être envoyés à l'adresse que j'ai fournie ci-dessus. Je comprends que la confidentialité et la sécurité des messages qui ne sont pas chiffrés ne peuvent être garanties et que je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment en communiquant avec Pfizer Canada inc., boîte postale 800, Pointe-Claire – Dorval (Québec) H9R 4V2, ou en téléphonant au 1-866-488-6088.	

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (« consentement du patient »)

Pfizer Canada inc. a mandaté l'administrateur pour la prestation du Programme d'aide aux patients sous INFLECTRA (le « programme »). En m'inscrivant au programme, je consens à ce qui suit :

- Mes professionnels de la santé, l'administrateur et le personnel du Programme d'aide aux patients sous INFLECTRA (le « personnel du programme ») peuvent recueillir, utiliser, stocker et partager entre eux mes renseignements médicaux dans le but de déterminer mon admissibilité au programme, d'organiser des activités connexes (y compris, sans s'y limiter, la déclaration des effets indésirables) et de m'offrir des services qui y sont liés, par exemple, l'évaluation des options de remboursement, la planification des perfusions, l'exécution de l'ordonnance à la pharmacie et l'assistance financière.
- Le personnel du programme peut communiquer avec moi et me laisser des messages concernant mes renseignements médicaux ou toute autre information requise pour l'administration du programme.
- L'administrateur et le personnel du programme peuvent m'administrer le médicament prescrit INFLECTRA^{MD} lors des rendez-vous fixés dans une clinique spécialisée. Un tel traitement doit comprendre l'administration des médicaments prescrits à administrer avant la perfusion ainsi que la prise en charge des réactions ou des urgences pouvant survenir durant la perfusion à la clinique.

Je comprends également ce qui suit :

- Le personnel du programme ne pourra pas (i) recueillir, utiliser, divulguer ou stocker mes renseignements médicaux à d'autres fins que celles décrites ci-dessus ni (ii) communiquer mes renseignements médicaux à une personne autre que mes professionnels de la santé, à moins que l'information permettant de m'identifier n'ait été supprimée (par exemple, mon nom et mon adresse); il est toutefois convenu que mes renseignements médicaux peuvent être divulgués lorsque la loi l'exige pour déclarer un effet indésirable du médicament.
- Je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment en postant ou en télécopiant la demande à l'administrateur à l'adresse indiquée ci-dessous ou au numéro de télécopieur indiqué ci-dessus, mais si je le fais, je comprends qu'on pourrait mettre fin à ma participation au programme, étant donné que mon consentement est nécessaire pour la prestation des services qui sont offerts, et que je ne pourrai peut-être pas, entre autres, obtenir de soutien pour le remboursement d'INFLECTRA^{MD}.
- Sauf là où la loi l'interdit, je peux obtenir une copie de mes renseignements médicaux, corriger toute erreur qui pourrait s'y trouver et/ou m'informer auprès de l'administrateur relativement à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et au stockage de mes renseignements personnels en envoyant mes questions à l'adresse ci-dessous.
- Tous les appels à destination ou en provenance de l'administrateur dans le cadre du programme peuvent être surveillés ou enregistrés à des fins de contrôle de la qualité et de formation.
- L'administrateur peut partager mes renseignements médicaux avec des tiers s'ils ne contiennent aucune information permettant de m'identifier, et ce, même après le retrait de mon consentement.
- Mes renseignements médicaux peuvent être recueillis, utilisés, divulgués et/ou stockés hors de ma province, de mon territoire ou de mon pays; les lois relatives à la vie privée en vigueur dans d'autres pays peuvent être moins strictes que celles du Canada et de ses provinces.
- Je dois comprendre les modalités et les conditions de la présente entente et j'ai le droit de recevoir une copie du présent document.

L'administrateur du programme est Innomar Strategies Inc.

Son adresse est la suivante : 2-3450 Superior Court, Oakville (Ontario) L6L 0C4

Les renseignements médicaux comprennent, sans toutefois s'y limiter, mes renseignements personnels (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, données financières, etc.) et les renseignements relatifs à ma santé (antécédents médicaux, affections médicales, traitements en cours, renseignements sur mon assurance médicale, etc.). Les professionnels de la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, mes médecins, infirmières, pharmaciens ainsi que mon ou mes assureurs de soins médicaux. Le Programme d'aide aux patients sous INFLECTRA est un programme offert par Pfizer Canada inc. pour faciliter l'accès à INFLECTRA^{MD}. Le personnel du Programme d'aide aux patients sous INFLECTRA comprend les employés et les consultants de l'administrateur.

Pfizer Canada inc.
© 2017 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5
1-866-488-6088 (sans frais)
www.pfizer.ca

