Formulaire d'inscription, d'ordonnance et de consentement du patient

BIOADVANCE

Remicade® INFLIXIMAB

Veuillez envoyer le formulaire rempli par télécopie à votre coordonnateur BioAdvance®

Coordonnateur BioAdvance® :

Tél. :

Téléc. :

Information sur le Patient

Nom du patient :

Adresse :

Tél. (domicile) :

Tél. (autre) :

Date de naissance :

Information sur le Bureau

Nom du médecin :

Nom du personnel infirmier:

Adresse du bureau :

Tél. (bureau) :

Téléc. (bureau) :

Renseignements sur le médecin prescripteur

Veuillez ☑ et indiquer les renseignements requis.

Indication :

mg/kg :

Poids du patient :

Date de la mesure du poids :

☐ Dose :

Dose exacte en mg

Ou : ☐

(nbre exact de fioles) Fioles de 100 mg

Fréquence/durée :

☐ **Induction :** semaine n° ☐ 0 ☐ 2 ☐ 6

Et/ou

☐ **Traitement d'entretien :** chaque ☐ semaines ☐ renouvellements ☐ 52 semaines

Dans le cas suivant :

☐ Enfants

Pour la prise en charge d'une réaction liée à la perfusion : suivre le protocole actuel recommandé pour les enfants (de 9 à 17 ans). Perfuser REMICADE® pendant au moins 2 heures conformément à la monographie de REMICADE®

☐ Perfusion de 2 h

Pour la prise en charge d'une réaction liée à la perfusion : suivre le protocole standard actuel recommandé.

Perfuser REMICADE® pendant au moins 2 heures conformément à la monographie de REMICADE®

☐ Perfusion de 1 h

Si le patient atteint de polyarthrite rhumatoïde n'a eu aucune réaction liée à la perfusion lors des 3 dernières perfusions de 2 heures, instaurer le traitement selon l'ordre suivant : utiliser le protocole standard actuel recommandé concernant les perfusions accélérées pour perfuser REMICADE® pendant au moins 1 heure, ou selon la tolérance, et prendre en charge les réactions liées à la perfusion, le cas échéant

Ordonnances de prétraitement

☐ **Option 1**

Aucune prémédication requise

☐ **Option 2**

Veuillez ☑ le(s) médicament(s) administré(s) à la clinique en prétraitement avant la perfusion (indiquer la dose/voie d'administration).

- ☐ Diphénhydramine (p. Ex., Benadryl**) : ____ mg ____ par voie orale ou ____ par voie IV 15 à 30 min. avant la perfusion (max. 50 mg)
- ☐ Acétaminophène : ____ mg par voie orale 15 à 30 min. avant la perfusion
- ☐ Hydrocortisone : ____ mg par voie IV 15 à 30 min. avant la perfusion
- ☐ Dimenhydrinate (p. Ex., Gravol**) : ____ mg ____ par voie orale ou ____ par voie IV 15 à 30 min. avant la perfusion
- **Adultes seulement** ☐ Cétirizine : ____ mg par voie orale 30 min. avant la perfusion
- **Enfants seulement** ☐ Méthylprednisolone : ____ mg par voie IV 15 à 30 min. avant la perfusion
- ☐ Autre

Test cutané de sensibilité à la tuberculine (TB)

☐ Non requis

☐ Résultat positif Date :

☐ Résultat négatif Date :

Radiographie des Poumons

☐ Non requis

☐ Date de la radiographie Résultats :

Pour la prise en charge d'une réaction liée à la perfusion : suivre le protocole standard actuel recommandé.

Signature du médecin :

Numéro de permis d'exercice du collège :

Date† :

†Date d'entrée en vigueur. Cette ordonnance expire un an après la date de la signature. Attestation du prescripteur : j'atteste que cette ordonnance est une ordonnance originale et que cette pharmacie en est l'unique destinataire. La copie originale ne sera pas utilisée de nouveau.

Nom de la pharmacie :

Adresse :

Personne-ressource :

Voir les précisions sur le consentement au verso.

Signature du patient :

Date :

BALB130317F

J'ai lu et compris le texte du consentement imprimé au verso de ce formulaire et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels selon ces modalités.

Consentement du patient

Je consens à autoriser mon prestataire (mes prestataires) de soins de santé, y compris les médecins ou les membres du personnel infirmier à divulguer mes renseignements personnels au coordonnateur BioAdvance® affecté à la gestion de mon dossier (le « CBA ») ou à son remplaçant (le cas échéant), afin que je puisse m'inscrire au programme BioAdvance® et obtenir ma première ordonnance de REMICADE®, et j'accepte que le CBA communique avec moi dans le but d'obtenir lesdits renseignements. Ces renseignements personnels peuvent comprendre mon nom, mon adresse, ma date de naissance, mon numéro de téléphone ou tout autre renseignement personnel, y compris l'information sur mon état de santé comme le diagnostic qui a été établi et les renseignements figurant sur mon ordonnance ou sur le présent Formulaire d'inscription, d'ordonnance et de consentement du patient (le «Formulaire de consentement »).

Mes renseignements personnels ne seront pas utilisés ni divulgués par le CBA à d'autres fins sans que les renseignements qui permettent de m'identifier directement n'aient été retirés au préalable, ou selon les limites ou les exigences de la loi. En outre, une fois que le CBA aura pris contact avec moi, si je choisis de bénéficier des services fournis par le CBA, je serai tenu de signer un autre formulaire de consentement concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels par le CBA.

Je comprends :

- que je ne suis pas obligé de signer le présent formulaire de consentement, mais que si je décide de ne pas le signer, mes prestataires de soins de santé ne seront pas en mesure de divulguer mes renseignements personnels au CBA et je ne pourrai donc pas bénéficier des services offerts par le CBA (à moins de communiquer moi-même avec le CBA directement);
- que le fait de signer le présent formulaire de consentement n'influencera pas mon prestataire (mes prestataires) de soins de santé dans la détermination du traitement médical que je recevrai;
- que je peux révoquer (retirer) mon autorisation à tout moment en envoyant à mon prestataire (mes prestataires) de soins de santé une lettre à cet effet, par télécopie ou par la poste, sur laquelle figure ma signature, mais que je ne pourrais pas dans un tel cas bénéficier des services offerts par le CBA;
- que la révocation de mon autorisation interdira la divulgation de mes renseignements personnels par mon prestataire (mes prestataires) de soins de santé à partir de la date à laquelle ma lettre à cet effet aura été reçue et traitée, mais n'empêchera pas le CBA d'utiliser et de divulguer les renseignements personnels sur moi déjà en sa possession;
- que j'ai le droit de recevoir une copie du présent formulaire de consentement;
- que si je désire avoir accès à mon dossier de patient tenu par le CBA et/ou y apporter des modifications ou des corrections, je dois en faire la demande par écrit au CBA en fonction.

© 2013 Janssen Inc. | Marques de commerce utilisées sous licence. | BALB130317F R&D CCPP