

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom :	Prénom :	Initiales du patient :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance (jj/mm/aa) :		Numéro d'assurance maladie :	
Adresse :	Code postal :	Courriel :	
Ville (province) :	Allergies :	Diagnostic :	
Tél. (maison) :	Tél. (cell.) :	Tél. (travail) :	Meilleur moment pour communiquer avec le patient :

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE (veuillez écrire lisiblement)

Veillez consulter la monographie pour RITUXAN pour obtenir des renseignements importants sur la posologie, l'administration, les réactions indésirables et les interactions médicamenteuses.

COMMANDE DE RITUXAN 1^{er} traitement Traitement subséquent Date de perfusion prévue : _____
Lieu de la clinique de perfusion : _____ **OU** À déterminer par le programme Jointeffort

1^{er} traitement :	Traitements subséquents :
Jour 1 <input type="checkbox"/> perfusion de 255 minutes (4,25 h) x 1000 mg	Jour 1 <input type="checkbox"/> perfusion de 255 minutes (4,25 h) x 1000 mg OU <input type="checkbox"/> perfusion alternative de 120 minutes (2 h) x 1000 mg*
Jour 15 <input type="checkbox"/> perfusion de 195 minutes (3,25 h) x 1000 mg	Jour 15 <input type="checkbox"/> perfusion de 195 minutes (3,25 h) x 1000 mg OU <input type="checkbox"/> perfusion alternative de 120 minutes (2 h) x 1000 mg*
<input type="checkbox"/> perfusion alternative de 120 minutes (2 h) x 1000 mg*	

*La perfusion alternative de 120 minutes n'est pas une option pour tous les patients. Veuillez consulter la monographie pour obtenir des renseignements sur l'admissibilité à une autre administration.

Autre posologie : _____

Légende de traitement

Perfusion de 255 minutes (4,25 h) : perfusion i.v. de 1000 mg de RITUXAN administrée à une vitesse de 50 mg/h durant les 30 premières minutes, augmentée par paliers de 50 mg/h toutes les 30 minutes selon la tolérance du patient, jusqu'à concurrence de 400 mg/h.	Perfusion de 195 minutes (3,25 h) : perfusion i.v. de 1000 mg de RITUXAN pouvant être administrée à une vitesse de 100 mg/h durant les 30 premières minutes, augmentée par paliers de 100 mg/h toutes les 30 minutes selon la tolérance du patient, jusqu'à concurrence de 400 mg/h.	Perfusion de 120 minutes (2 h) : perfusion i.v. de 1000 mg de RITUXAN pouvant être administrée à une vitesse de 250 mg/h durant les 30 premières minutes (125 mg), puis à une vitesse de 600 mg/h durant les 90 minutes subséquentes (875 mg). Cette option n'est pas valable pour tous les patients. Consultez la monographie pour obtenir des renseignements sur l'admissibilité à d'autres options d'administration.
--	---	--

Diluer RITUXAN dans 250 ml de chlorure de sodium à 0,9 % injectable USP Autres directives : _____

Interruption du traitement antihypertenseur Oui Non Veuillez préciser : _____

PRÉMÉDICATION

acétaminophène à 650 mg p.o. de 15 à 30 min avant la perfusion méthylprednisolone à 100 mg i.v. dans 50 ml de chlorure de sodium Autre : _____
 diphenhydramine à 50 mg p.o. de 15 à 30 min avant la perfusion à 0,9 % injectable USP de 15 à 30 min avant la perfusion **Prémédication non requise** _____
(veuillez préciser)

MÉDICAMENTS À ADMINISTRER AU BESOIN EN CAS DE RÉACTION À LA PERFUSION

En cas de réaction à la perfusion, les médicaments/traitements suivants peuvent être administrés au patient, à moins qu'il en soit indiqué autrement ci-dessous :

<input type="checkbox"/> acétaminophène à 325-650 mg p.o. au besoin toutes les 4 à 6 heures (douleur, fièvre et frissons)	<input type="checkbox"/> oxygène administré à l'aide d'un masque/de lunettes à oxygène au besoin (essoufflement, respiration sifflante)
<input type="checkbox"/> diméhydrinate à 25-50 mg p.o./i.v. au besoin toutes les 4 heures (nausées et vomissements)	<input type="checkbox"/> salbutamol x 2 inhalations toutes les 4 à 6 h au besoin au moyen d'une chambre d'espacement (dyspnée, respiration sifflante)
<input type="checkbox"/> diphenhydramine à 25-50 mg p.o./i.v./i.m. au besoin toutes les 4 à 6 heures (démangeaisons, urticaire, prurit)	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> hydrocortisone à 100 mg i.v. au besoin x 1 (réaction allergique/anaphylactique grave)	<input type="checkbox"/> Médicaments au besoin non requis _____ (veuillez préciser)
<input type="checkbox"/> épinéphrine (1:1000) à 0,01 ml/kg (max. de 0,5 ml) s.c./i.m. au besoin toutes les 10 à 15 minutes x 2 pour les réactions anaphylactiques graves	

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) :	N° de tél. du médecin :
Signature du médecin :	Date (jj/mm/aa) :
Adresse :	Ville (province) :
Code postal :	
Commentaires supplémentaires :	

3. CONSENTEMENT DU PATIENT

Signature du patient ou de son représentant légal : _____ Date (jj/mm/aa) : _____

LES MODALITÉS DU CONSENTEMENT DU PATIENT FIGURENT À LA PAGE SUIVANTE. VEUILLEZ VOUS ASSURER DE LIRE ET DE BIEN COMPRENDRE CES MODALITÉS.

IMPORTANT : Si vous n'êtes pas en mesure d'obtenir le consentement écrit du patient, veuillez indiquer la date à laquelle le consentement verbal a été obtenu et le nom de la personne qui a obtenu le consentement. Cela permettra au personnel du programme Jointeffort de poursuivre le traitement de cette inscription. Le consentement écrit sera obtenu au moment de la première infusion ou avant celle-ci.

Consentement verbal obtenu par : _____ **Date (jj/mm/aa) :** _____

Si vous souhaitez recevoir ces renseignements dans un format accessible, veuillez composer le 1-800-561-1759.

Renseignements pouvant être recueillis et utilisés

Vous autorisez vos fournisseurs de soins de santé et vos assureurs à communiquer vos renseignements personnels (y compris les renseignements relatifs à votre état de santé) à Roche ou à Innomar Strategies Inc. (l'entreprise mandatée par Roche pour administrer le présent programme d'assistance aux patients) (de façon collective, « nous »). Ces renseignements peuvent comprendre les diagnostics pertinents, les examens médicaux, les ordonnances ainsi que des renseignements financiers et sur votre assurance maladie.

Personnes pouvant avoir accès à vos renseignements et les utiliser

Vous nous autorisez à utiliser et à transmettre vos renseignements à vos fournisseurs de soins de santé, aux hôpitaux, aux pharmacies, aux fournisseurs d'assurance maladie (publique ou privée) et aux autres personnes et entreprises qui nous assistent pour le présent programme aux fins suivantes (le cas échéant) :

- obtention d'une couverture adéquate pour les produits de Roche;
- détermination de votre admissibilité à une aide financière;
- coordination de la livraison de vos médicaments;
- coordination des services de perfusion ou d'injection;
- fourniture de rappels pour le traitement et de renseignements éducatifs;
- administration du programme d'assistance aux patients, y compris l'assurance qualité et la réalisation de sondages sur la satisfaction des clients;
- toute obligation légale, y compris pour la déclaration de toute manifestation indésirable d'un médicament à Santé Canada.

Vous nous autorisez à communiquer avec vous au sujet de ces services par courrier, courriel, télécopie, téléphone ou message texte. Vous nous autorisez à vous laisser des messages au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel fournis, et vous comprenez que de tels messages peuvent contenir le nom de produits ou de services de Roche, des détails sur votre état de santé et votre couverture d'assurance ainsi que le nom de votre médecin.

Vos renseignements peuvent être détenus et utilisés dans toute province ou tout pays du monde entier.

Refus et retrait du consentement

Vous pouvez refuser de signer le présent formulaire de consentement et retirer votre consentement en tout temps. Un tel retrait signifie que nous n'utiliserons plus vos renseignements et cesserons de les communiquer, mais il ne s'applique pas aux renseignements déjà utilisés ou communiqués. Pour retirer votre consentement, vous devez envoyer un préavis écrit à Innomar Strategies Inc. par télécopie ou par courriel à l'adresse stipulée sur la présente page. Tout retrait de consentement implique que vous ne pourrez plus bénéficier des services du programme.

Autres conditions

Nous ne garantissons en aucune façon la réussite du traitement ou l'accès continu à ce dernier ou à d'autres services du programme. Nous nous réservons le droit de modifier ou d'annuler tout aspect du programme en tout temps et sans préavis.

Votre médecin ainsi que d'autres professionnels de la santé peuvent recevoir une rétribution de notre part en contrepartie des frais engagés relativement à votre participation au programme. Ils peuvent notamment recevoir des honoraires pour la prestation de services qui ne sont pas couverts par votre régime d'assurance maladie. N'hésitez pas à interroger votre médecin si vous avez des questions au sujet de ces rétributions et des autres options qui s'offrent à vous.

Coordonnées du programme d'assistance aux patients

Programme Jointeffort de Roche

a/s de Innomar Strategies Inc.

3470 Superior Court

Oakville (Ontario) L6L 0C4

Tél. : 1-888-748-8926

Télec. : 1-888-532-1198