



1 855 966-2223



support@celltrionconnect.ca



Des questions? 1 855 966-1648

Le Programme de soutien aux patients CELLTRION CONNECT<sup>MC</sup> (le « Programme ») est commandité et offert par Celltrion Healthcare Canada Limitée (« Celltrion ») par l'entremise d'un fournisseur tiers, McKesson Canada Corporation (« Administrateur du programme »), afin de soutenir les patients qui ont reçu une ordonnance pour Yuflyma<sup>MD</sup> (adalimumab) (« Services de soutien »). Les renseignements contenus dans le présent document sont utilisés par le Programme pour faciliter l'accès à Yuflyma<sup>MD</sup>.

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
 Tél. (domicile) : \_\_\_\_\_ Possibilité de laisser un message : Oui  Non  Allergies connues : \_\_\_\_\_  
 Tél. (autre) : \_\_\_\_\_ Meilleur moment pour communiquer avec vous : Matin  Après-midi   
 En cochant cette case, j'accepte que l'Administrateur du programme communique avec moi par téléphone et/ou voie électronique afin de me fournir des renseignements à propos du Programme, y compris des conseils nutritionnels gratuits. 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.  
 Langue de préférence : Anglais  Français  Autre  Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**VACCIN ET DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE (TB)**

**Test de TB**  Test cutané à la tuberculine  Test QuantiFERON-TB Gold  
 Non requis  Résultat positif (+) Date : \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA  Résultat négatif (-) Date : \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA  
**Radiographie pulmonaire**  Non requise  Résultats complets Date : \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA  
**Vaccin contre le zona**  Exigé Marque : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de doses : \_\_\_\_\_ **Vaccin contre le pneumocoque**  Exigé Marque : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de doses : \_\_\_\_\_  
 Antécédents médicaux pertinents ou remarques : \_\_\_\_\_

**ANALYSES FACULTATIVES** (Veuillez  toutes celles qui s'appliquent)

**Pharmacovigilance thérapeutique**  Valeur initiale : \_\_\_\_\_  Répéter dans \_\_\_\_\_ mois  
 **Nutrition**  Oui  Non  **Analyse de la calprotectine** :  IBDoc<sup>®</sup> OU  QuantOn Cal<sup>®</sup>  
 Valeur initiale : \_\_\_\_\_  Répéter dans \_\_\_\_\_ mois

**RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél. (bureau) : \_\_\_\_\_ Téléc. (bureau) : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

**PHARMACIE DE SPÉCIALITÉ**

Avez-vous une pharmacie de spécialité préférée avec laquelle vous travaillez? Oui  Non

Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél. : \_\_\_\_\_

**PARTIE SUR YUFLYMA<sup>MD</sup> POUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

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

**POSOLOGIE ET ADMINISTRATION**

Date de début demandée : \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA

**Médicament : Auto-injecteur**

Yuflyma<sup>MD</sup>  40 mg [DIN : 02523779]  80 mg [DIN : 02535084]

(adalimumab) **Seringe préremplie**

40 mg [DIN : 02523760]  80 mg [DIN : 02535076]



Le patient a-t-il reçu une ordonnance de méthotrexate? Oui  Non

**DIAGNOSTIC ET POSOLOGIE POUR L'INJECTION SOUS-CUTANÉE** Veillez consulter la monographie du produit pour obtenir les renseignements complets relatifs à la posologie et à l'administration.

**Adultes atteints de :**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive                       | <input type="checkbox"/> 40 mg toutes les 2 semaines  |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme psoriasique   | <input type="checkbox"/> 40 mg toutes les 2 semaines  |
| <input type="checkbox"/> Spondylarthrite ankylosante évolutive  | <input type="checkbox"/> 40 mg toutes les 2 semaines  |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn modérément à fortement évolutive                              | <input type="checkbox"/> Dose de départ* : Semaine 0 : 160 mg; Semaine 2 : 80 mg<br><input type="checkbox"/> Traitement d'entretien : à compter de la Semaine 4 : 40 mg toutes les 2 semaines |
| <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse modérément à fortement évolutive                              | <input type="checkbox"/> Dose de départ* : Semaine 0 : 160 mg; Semaine 2 : 80 mg<br><input type="checkbox"/> Traitement d'entretien : à compter de la Semaine 4 : 40 mg toutes les 2 semaines |
| <input type="checkbox"/> Hidradénite suppurée modérément à fortement évolutive                          | <input type="checkbox"/> Dose de départ* : Semaine 0 : 160 mg; Semaine 2 : 80 mg<br><input type="checkbox"/> Traitement d'entretien : à compter de la Semaine 4 : 40 mg toutes les semaines   |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis en plaques chronique modéré à grave                                  | <input type="checkbox"/> Dose de départ* : Semaine 0 : 80 mg<br><input type="checkbox"/> Traitement d'entretien : à compter de la Semaine 1 : 40 mg toutes les 2 semaines                     |
| <input type="checkbox"/> Uvéite non infectieuse (uvéite intermédiaire, uvéite postérieure et panuvéite) | <input type="checkbox"/> Dose de départ* : Semaine 0 : 80 mg<br><input type="checkbox"/> Traitement d'entretien : à compter de la Semaine 1 : 40 mg toutes les 2 semaines                     |

**Adolescents (âgés de 12 à 17 ans) :**

Hidradénite suppurée modérément à fortement évolutive  Dose de départ\* : Semaine 0 : 80 mg  
 Traitement d'entretien : à compter de la Semaine 1 : 40 mg toutes les 2 semaines chez les patients pesant 30 kg ou plus

**Enfants âgés de 2 ans et plus :**

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire modérément à fortement évolutive  40 mg toutes les 2 semaines chez les patients pesant 30 kg ou plus  
 Uvéite antérieure non infectieuse chronique  40 mg toutes les 2 semaines chez les patients pesant 30 kg ou plus en association avec le MTX

**AUTRE**  Dose de départ/fréquence : \_\_\_\_\_  
 Dose d'entretien/fréquence : \_\_\_\_\_

Pour l'ONTARIO SEULEMENT : Saisir le code LU de l'indication sélectionnée

**Autres directives d'ordonnance :**

\*Format de dosage :  40 mg  80 mg **Quantité autorisée/renouvellements :**



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 Yuflyma<sup>MD</sup>. 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. **Veillez consulter les détails du consentement au verso.**

ESTAMPILLE DE LA CLINIQUE

N<sup>o</sup> de permis d'exercice (Collège des médecins) :

\_\_\_\_\_  
 JJ/MM/AAAA

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.

## CONSENTEMENT DU PATIENT

Le programme de soutien aux patients CELLTRION CONNECT<sup>MC</sup> (le « Programme ») est un programme de soutien aux patients offert par Celltrion et destiné aux patients canadiens qui ont reçu une ordonnance pour Yuflyma<sup>MD</sup>. 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 transmis au 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](mailto:support@celltrionconnect.ca).

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA



1 855 966-1648



1 855 966-2223



[support@celltrionconnect.ca](mailto:support@celltrionconnect.ca)



[www.celltrionconnect.ca](http://www.celltrionconnect.ca)



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