

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M  
Prénom Nom de famille jj/mm/aa

Nom du parent/tuteur légal : \_\_\_\_\_ Poids du patient : \_\_\_\_\_ kg

Téléphone du domicile : \_\_\_\_\_ Messages autorisés :  O  N Préférence pour téléphoner :  Matin  Après-midi  Soirée

Autre téléphone : \_\_\_\_\_ Messages autorisés :  O  N Préférence pour téléphoner :  Matin  Après-midi  Soirée

## COORDONNÉES DU MÉDECIN

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Agent administratif : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Personnel infirmier : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Autres commentaires : \_\_\_\_\_

## PERFUSION

Veillez choisir **UN** de ces lieux pour la perfusion :  Domicile  Clinique de perfusion  Autre : \_\_\_\_\_

## ORDONNANCE

### SOLIRIS<sup>MD</sup> (éculizumab) DIN : 02322285

(Voir la monographie pour les renseignements thérapeutiques complets)

#### Myasthénie grave généralisée (gMG)

Pour les patients âgés de  $\geq 18$  ans

- 900 mg par semaine x 4 doses, 1 200 mg à la 5<sup>e</sup> semaine, puis 1 200 mg toutes les 2 semaines par la suite pendant 12 mois.

#### Hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN)

- 600 mg par semaine x 4 doses, 900 mg à la 5<sup>e</sup> semaine, puis 900 mg toutes les 2 semaines par la suite pendant 12 mois.

#### Syndrome hémolytique et urémique atypique (SHUa)

Pour les patients âgés de  $\geq 18$  ans

- 900 mg par semaine x 4 doses, 1 200 mg à la 5<sup>e</sup> semaine, puis 1 200 mg toutes les 2 semaines par la suite pendant 12 mois.

Pour les patients âgés de  $< 18$  ans

Administrer SOLIRIS<sup>MD</sup> en fonction du poids corporel, pendant 12 mois.

- 40 kg et plus : 900 mg par semaine x 4 doses, 1 200 mg à la 5<sup>e</sup> semaine; puis 1 200 mg toutes les 2 semaines.  
 30 kg à moins de 40 kg : 600 mg par semaine x 2 doses, 900 mg à la 3<sup>e</sup> semaine; puis 900 mg toutes les 2 semaines.  
 20 kg à moins de 30 kg : 600 mg par semaine x 2 doses, 600 mg à la 3<sup>e</sup> semaine; puis 600 mg toutes les 2 semaines.  
 10 kg à moins de 20 kg : 600 mg par semaine x 1 dose, 300 mg à la 2<sup>e</sup> semaine; puis 300 mg toutes les 2 semaines.  
 5 kg à moins de 10 kg : 300 mg par semaine x 1 dose, 300 mg à la 2<sup>e</sup> semaine; puis 300 mg toutes les 3 semaines.

Autre affection : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_  12 mois  Autre : \_\_\_\_\_

### Vaccin antiméningococcique

#### MISE EN GARDE

Tous les patients doivent avoir reçu des vaccins antiméningococciques avant ou au moment d'amorcer l'administration de SOLIRIS<sup>MD</sup>, à moins que les risques associés au report du traitement par SOLIRIS<sup>MD</sup> l'emportent sur les risques de contracter une infection à méningocoques; il faut revacciner conformément aux lignes directrices médicales actuelles relatives à l'utilisation des vaccins. Il est possible que la vaccination ne prévienne pas toutes les infections à méningocoques\*.

Vacciné auparavant Date : \_\_\_\_\_  
jj/mm/aa

#### Vaccin antiméningococcique, administrer de la manière prescrite :

Patients âgés de  $\geq 2$  ans

Sérotypes A, C, W, Y :  Menveo<sup>MD</sup>  Menactra<sup>MD</sup>  Nimenrix<sup>MD</sup> (+TT)  Autre  
 Sérotype B :  Bexsero<sup>MD</sup>  Trumenba<sup>MC</sup> (10 à 25 ans)

Patients âgés de  $< 2$  ans

Menveo<sup>MD</sup>  Bexsero<sup>MD</sup>  Nimenrix<sup>MD</sup> (+TT)  Autre

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
jj/mm/aa

\* D'après la recommandation du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), vers 2013. Veuillez consulter la monographie du produit pour des renseignements supplémentaires au sujet des mises en garde et des précautions importantes.

## AUTORISATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Consentement verbal du patient

Je comprends que le programme ONESOURCE<sup>MC</sup> Canada est mandaté par Alexion Pharma Canada («Alexion») en vue d'aider les patients canadiens à obtenir l'accès au traitement médical dans le cadre du programme ONESOURCE<sup>MC</sup>.

Signature du patient ou de son représentant légal : \_\_\_\_\_ Date de signature : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
jj/mm/aa

## ONESOURCE<sup>MC</sup> CANADA EST LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS FOURNISSANT DE L'INFORMATION, DE L'ÉDUCATION ET DE L'ASSISTANCE.

En signant ce formulaire d'autorisation et de consentement, vous permettez à ce que (1) les médecins et autres fournisseurs de soins de santé intervenant dans le traitement de votre maladie (« fournisseurs »); (2) le distributeur, la pharmacie, la clinique de perfusion ou l'agence de santé à domicile qui fournissent ou distribuent votre traitement médical (« distributeur »); et (3) votre assureur en matière de santé, payeur ou programme d'aide (« payeur ») divulguent des renseignements personnels et sensibles, y compris des renseignements sur la santé et le paiement (« renseignements personnels ») vous concernant à Alexion Pharma Canada incluant, sans y être limité, ses employés, affiliés, sous-traitants, agents ou autres représentants (ensemble « Alexion »), pour l'utilisation et les fins décrites ci-dessous.

Les renseignements personnels divulgués dans le cadre de votre participation à ONESOURCE<sup>MC</sup> Canada peuvent inclure les diagnostics, rapports médicaux, commandes, ordonnances, dossiers, historiques, anamnèses, résultats, pronostics, plans de soins et feuilles médico-administratives, informations sur la facturation, réclamations d'assurance et rapports d'examen d'utilisation de médicaments. Les renseignements personnels et autres désignés par l'autorisation et le consentement incluent des renseignements personnels ou autres fournis à Alexion par vous-même, les fournisseurs, les distributeurs et les payeurs. Les fins et utilisations auxquelles vos renseignements personnels ou autres serviraient pourraient être les suivantes :

**Coordination des soins :** entre vous, le fournisseur, le distributeur ou le payeur pour la coordination de vos soins médicaux.

**Gestion thérapeutique ou renseignements au patient :** fournir de l'information, de l'éducation et des services de gestion thérapeutique à vous et à votre représentant légal ou à tout autre fournisseur, distributeur ou payeur.

**Recherche clinique ou protocole de traitement :** vous informer, vous ou votre représentant légal, des études de recherche clinique, protocoles de traitements ou sondages reliés à la maladie.

**Vérification de votre couverture d'assurance :** réviser, vérifier et vous aider à comprendre les services couverts par votre régime d'assurance, si vous demandez ce service. Il pourrait s'agir de l'examen de vos renseignements financiers personnels pour déterminer votre admissibilité à une aide financière offerte dans le cadre du programme ONESOURCE<sup>MC</sup>. Si vous n'êtes pas admissible à une assurance ni à une autre couverture permettant de payer votre traitement, vos renseignements personnels et autres pourraient être utilisés pour déterminer si vous pourriez obtenir une telle couverture ultérieurement.

**Facturation et paiement :** coordonner la préparation, la soumission et le traitement de vos réclamations d'assurance, l'évaluation et la résolution des problèmes de facturation, ou obtenir tout paiement dû au fournisseur, au distributeur, au payeur ou à Alexion pour votre traitement médical.

**Distribution du traitement hématologique :** coordonner la distribution et la livraison de votre produit médical.

**Commandes de produit :** remplir les commandes de produit médical, répondre à vos questions et vous informer des autres services susceptibles de vous intéresser.

**Agences gouvernementales :** fournir les renseignements personnels ou autres requis ou demandés par les représentants des agences gouvernementales.

**Autre utilisation de l'information :** Utiliser des renseignements pseudonymisés à votre sujet aux fins d'Alexion (y compris le développement des affaires, l'amélioration du programme de soutien aux patients et toute autre utilisation). Vous pouvez refuser cette utilisation de vos données à tout moment en contactant Alexion aux coordonnées fournies ci-dessous.

Rendre les renseignements personnels et autres anonymes et les utiliser à des fins de recherche clinique, d'éducation des patients et de la communauté, d'élaboration de protocoles cliniques, d'études de marketing ou à d'autres fins commerciales déterminées par Alexion. Vous pouvez refuser cette utilisation de vos données à tout moment en contactant Alexion aux coordonnées fournies ci-dessous.

**Transfert et traitement des renseignements personnels :** transmettre les renseignements personnels, entre les provinces ou à l'extérieur du Canada, dans le but de les communiquer aux entités partenaires et affiliées d'Alexion, et/ou dans le but de les conserver et de les traiter au nom d'Alexion. Votre consentement et autorisation constitue un consentement explicite à ce que vos données puissent être transmises et traitées dans des pays autres que le Canada, qui pourraient ne pas assurer le même niveau de protection des données que celui fourni au Canada, pour fournir les renseignements que vous avez demandés. Les renseignements personnels seront protégés à l'extérieur du Canada; cependant dans la mesure requise par le droit applicable, vos renseignements personnels peuvent être consultés par les tribunaux et les autorités chargées de l'application de la loi et de la sécurité nationale de cet autre pays.

Vous pouvez révoquer votre consentement à tout moment en faisant parvenir un avis écrit au responsable de la protection de la vie privée d'Alexion au 3100 Rutherford Road, Suite 300, Vaughan, Ontario L4K 0G6 ou par courriel à [privacy@alexion.com](mailto:privacy@alexion.com).

### Indications de SOLIRIS<sup>MD</sup> (éculizumab)

**gMG :** SOLIRIS<sup>MD</sup> (éculizumab) est indiqué chez les adultes atteints de myasthénie grave généralisée (gMG). SOLIRIS<sup>MD</sup> a été étudié lors d'essais cliniques chez des patients qui étaient positifs et réfractaires aux anticorps antirécepteurs de l'acétylcholine (AChR), définis comme un échec au traitement d'au moins deux traitements immunosuppresseurs, soit en association ou en monothérapie, ou qui ont échoué au moins à un traitement immunosuppresseur et ont requis une plasmaphérèse chronique, un échange plasmatique ou une immunoglobuline intraveineuse (Ig IV) pour maîtriser les symptômes. Les patients ont continué à recevoir un traitement standard au cours de l'essai clinique pivot.

**HPN :** SOLIRIS<sup>MD</sup> (éculizumab) est indiqué pour le traitement de patients atteints d'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN) afin de réduire l'hémolyse. SOLIRIS<sup>MD</sup> a été étudié lors d'essais cliniques chez des patients présentant des antécédents d'au moins une transfusion au cours des deux dernières années.

**SHUa :** SOLIRIS<sup>MD</sup> (éculizumab) est indiqué pour le traitement de patients atteints du syndrome hémolytique et urémique atypique (SHU atypique) afin de réduire la microangiopathie thrombotique induite par le complément. SOLIRIS<sup>MD</sup> n'est pas indiqué pour le traitement de patients infectés par *E. coli* produisant la toxine de Shiga en relation avec le syndrome hémolytique et urémique.