

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

Nom du patient :		Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
<small>Prénom</small>		<small>Nom de famille</small>		<small>jj/mm/aa</small>
Nom du parent ou tuteur :			Poids du patient : kg	
Tél. (domicile) :	Laisser un message : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N		Courriel :	
Tél. (autre) :	Laisser un message : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N		Je consens à recevoir des courriels <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
N° de carte d'assurance maladie :		Patient hospitalisé : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N		Je consens à ce qu'on me contacte à l'hôpital : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

**RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT**

Nom du médecin :	Courriel :	Code postal :	
Personne-ressource/Resp. :	Courriel :	Tél. :	Télé. :
Infirmière :	Courriel :	Tél. :	Télé. :
Autres commentaires :			

**PERFUSION**

Choisir UN des endroits suivants pour les perfusions :  Domicile  Clinique de perfusion  Autre endroit : \_\_\_\_\_

**ORDONNANCE**

**DIN D'ULTOMIRIS<sup>MD</sup> (ravulizumab) : 02491559**  
(Pour tous les renseignements sur le médicament, consulter la monographie de produit.)

**Hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN)**

**Poids du patient > ou = 40 à < 60 kg :**

1 dose d'attaque X 2 400 mg, puis 3 000 mg 2 sem. après la dose d'attaque et toutes les 8 sem. par la suite

**Poids du patient > ou = 60 à < 100 kg :**

1 dose d'attaque X 2 700 mg, puis 3 300 mg 2 sem. après la dose d'attaque et toutes les 8 sem. par la suite

**Poids du patient > ou = 100 kg :**

1 dose d'attaque X 3 000 mg puis 3 600 mg 2 sem. après la dose d'attaque et toutes les 8 sem. par la suite

Chez les patients qui passent de SOLIRIS<sup>MD</sup> à ULTOMIRIS<sup>MD</sup>, la dose d'attaque d'ULTOMIRIS<sup>MD</sup> doit être administrée au moment de la prochaine perfusion prévue de SOLIRIS<sup>MD</sup>.

Autre problème de santé : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

**RÉPÉTER**

pendant 12 mois

autre période : \_\_\_\_\_

**Vaccination requise avant le traitement**

**MISE EN GARDE :**

Tous les patients doivent avoir reçu un vaccin antiméningococcique avant ou au moment d'instaurer un traitement par ULTOMIRIS<sup>MD</sup>, à moins que les risques associés au report du traitement par ULTOMIRIS<sup>MD</sup> l'emportent sur les risques de contracter une infection à méningocoques. Conformez-vous aux recommandations les plus récentes du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) en matière de vaccination antiméningococcique chez les patients présentant des déficits du complément.

Vu le mode d'action d'ULTOMIRIS<sup>MD</sup>, son utilisation augmente la vulnérabilité du patient aux infections/à une septicémie à méningocoques (Neisseria meningitidis). Afin de réduire ce risque d'infection, tous les patients doivent être vaccinés contre les infections à méningocoques avant ou au moment d'instaurer un traitement par ULTOMIRIS<sup>MD</sup>. Les patients recevant un traitement par ULTOMIRIS<sup>MD</sup> moins de 2 semaines après avoir reçu un vaccin antiméningococcique doivent continuer à recevoir une antibiothérapie prophylactique appropriée jusqu'à 2 semaines suivant la vaccination. La vaccination ne suffit pas nécessairement à prévenir une infection à méningocoques. Il y a lieu de prendre en considération les directives officielles sur l'administration judicieuse des agents antibactériens.

Consulter la section sur le vaccin antiméningococcique du Guide canadien d'immunisation du CCNI et la monographie de produit des vaccins pour obtenir des renseignements supplémentaires.

**Vaccin antiméningococcique**

**Fournir le calendrier et les directives de vaccination**

Vaccins précédents      Date : \_\_\_\_\_

jj/mm/aa

**Vaccin antiméningococcique, administrer selon les directives :**

*Préciser pour tous les sérogroupes*

Sérogroupes A, C, W, Y :  Menveo<sup>MD</sup>  Menactra<sup>MD</sup>  Nimenrix<sup>MD</sup> (+ anatoxine tétanique)

Autre vaccin : \_\_\_\_\_

Sérogroupe B :  Bexsero<sup>MD</sup> (2 doses; ≥ 4 sem. d'intervalle)  Trumenba<sup>MD†</sup>

Autre vaccin : \_\_\_\_\_

*Signer pour confirmer le statut et la prescription de vaccination et la prescription d'ULTOMIRIS<sup>MD</sup>*

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

N° de permis du médecin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

jj/mm/aa

**CONSENTEMENT ET AUTORISATION DU PATIENT**

Consentement verbal obtenu

Je comprends que le programme de soutien pour les patients ONESOURCE<sup>MC</sup> est commandité par Alexion Pharma Canada et qu'un fournisseur de services tiers administre le programme pour le compte d'Alexion afin d'aider les patients canadiens à accéder au traitement médical. Je comprends qu'Alexion pourrait à l'occasion confier l'administration du programme ONESOURCE à d'autres fournisseurs de services. Je comprends aussi que mes renseignements personnels seront traités selon la méthode décrite à la page suivante du présent formulaire d'inscription.

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

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

**ONESOURCE<sup>MC</sup> est le programme de soutien au traitement pour patients. ONESOURCE<sup>MC</sup> fournit de l'information, de l'éducation et de l'assistance.**

En signant ce formulaire d'autorisation et de consentement, vous (ou votre représentant légal) acceptez que l'information qui pourrait permettre de vous identifier (collectivement désignée par le terme « Renseignements personnels ») et qui est fournie au programme ONESOURCE<sup>MC</sup> par vous et/ou (1) vos 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 ») sera utilisée pour gérer et administrer le programme ONESOURCE<sup>MC</sup>, entre autres en vous offrant des services du programme ONESOURCE<sup>MC</sup> selon les modalités ci-dessous. À ces fins, vous acceptez que les fournisseurs, le distributeur et le payeur divulguent des renseignements personnels à Alexion Pharma Canada incluant, sans y être limité, ses employés, affiliés, sous-traitants, agents ou autres représentants (ensemble « Alexion »). Vous comprenez que votre participation au programme ONESOURCE<sup>MC</sup> est également soumise aux termes de l'avis de protection de la vie privée d'Alexion, qui se trouve à l'adresse <https://alexion.com/Legal#privacy> (en anglais seulement). Cet avis vous offre un complément d'information sur les pratiques d'Alexion en matière de protection de la vie privée et de vos éventuels droits à cet égard.

Les renseignements personnels recueillis, utilisés ou divulgués dans le cadre de votre participation au programme ONESOURCE<sup>MC</sup> peut comprendre les suivants : nom, adresse, coordonnées d'une personne-ressource, date de naissance, diagnostic, rapports médicaux, commandes, ordonnances, dossiers, historiques, anamnèses, résultats, pronostics, plans de soins et feuilles médico-administratives, informations sur la facturation, réclamations d'assurance, rapports d'examen d'utilisation de médicaments, réponses à des sondages et d'autres renseignements fournis en lien avec votre participation au programme ONESOURCE<sup>MC</sup>. Vos renseignements personnels peuvent être utilisés ou divulgués aux fins suivantes :

**Coordination des soins :** entre vous ou votre représentant légal, le fournisseur, le distributeur ou le payeur pour la coordination de vos soins médicaux, y compris des rappels d'observance du traitement.

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

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

**Vérification de votre couverture d'assurance et de vos options de financement :** réviser, vérifier et vous aider, vous ou votre représentant légal, à comprendre les médicaments et 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 ou pour vous aider à trouver d'autres sources de paiement ou d'aide financière.

**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 :** coordonner la distribution et la livraison de votre produit médical.

**Commandes de produit :** remplir les commandes de produit médical, répondre à vos questions et à celles de votre représentant légal, 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, des comités d'examen et d'autres organismes qui surveillent l'innocuité des médicaments (ou les activités) des fabricants de produits pharmaceutiques. En vertu de la loi, Alexion est tenue de déclarer les effets indésirables des médicaments à diverses autorités sanitaires locales et internationales et de surveiller les plaintes liées aux produits. Les renseignements personnels fournis au programme ONESOURCE<sup>MC</sup> peuvent être (i) surveillés par Alexion pour y déceler des données d'innocuité et ainsi assurer la conformité aux exigences susmentionnées liées à la déclaration des effets indésirables et (ii) déclarés à des autorités sanitaires locales ou internationales. Alexion pourrait communiquer avec vous ou avec votre médecin pour obtenir d'autres renseignements nécessaires pour remplir ses obligations de déclaration des effets indésirables.

**Autre utilisation de l'information :** pour vous proposer d'autres services qui pourraient occasionnellement être offerts dans le cadre du programme ONESOURCE<sup>MC</sup>, par exemple des programmes de pairs ou de mentorat, ou utiliser ou divulguer vos renseignements personnels avec votre consentement.

Alexion pourrait également supprimer les identifiants de vos renseignements personnels ou combiner vos renseignements personnels à ceux d'autres participants au programme ONESOURCE<sup>MC</sup> pour créer des ensembles de données groupées. Ces ensembles seraient utilisés pour améliorer et raffiner le programme ONESOURCE<sup>MC</sup> et pour concevoir et mettre en œuvre d'autres programmes pour les patients. Alexion pourrait également utiliser ces renseignements à des fins d'analyse de données, de production de rapports et de recherche, y compris l'élaboration de stratégies et le dégagement de tendances liées à l'utilisation des produits, et à l'observance et aux résultats des traitements.

**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 dans le cadre du programme ONESOURCE<sup>MC</sup>. 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 vous 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.

Si un autre fournisseur est mandaté par Alexion pour administrer le programme ONESOURCE<sup>MC</sup>, vos renseignements personnels seront transférés à ce fournisseur pour assurer la continuité de la prestation des services du programme.

Vous pouvez révoquer votre consentement à tout moment. Notez que si vous révoquez votre consentement et autorisation, votre accès aux services du programme ONESOURCE<sup>MC</sup> pourrait être limité. Pour révoquer votre consentement, mettre à jour ou consulter vos renseignements personnels, formuler un commentaire sur la protection des renseignements personnels ou poser une question sur les pratiques en matière de protection de la vie privée du programme ONESOURCE<sup>MC</sup>, vous pouvez écrire 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 d'ULTOMIRIS<sup>MD</sup> (ravulizumab pour injection)**

ULTOMIRIS<sup>MD</sup> (ravulizumab pour injection) est indiqué pour le traitement d'adultes atteints d'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN).