RASC[MD]
RÉSEAU ASSISTANCE ET SOUTIEN [PR]CLOZARIL[MD] (clozapine)

FORMULAIRE

◯ Inscription ◯ Modification ◯ Arrêt du traitement
◯ Transfert ou congé de l'hôpital

TÉL. : 1 800 267-2726 **TÉLÉC. :** 1 800 465-1312
POUR LA C.-B. SEULEMENT, TÉLÉCOPIEZ AU : 1 604 689-1262

* Pour faciliter la surveillance continue de tous les patients prenant de la clozapine et l'utilisation sécuritaire du médicament, veuillez vous assurer de télécopier les demandes d'hémogramme (y compris la formule leucocytaire) au RASC[MD] (téléc. 1 800 465-1312) également.

SECTION 1. Renseignements sur le patient

◯ Nouveau traitement
◯ Reprise

Indiquer l'ancien numéro du RASC[MD], si connu : _____

Pour poursuivre le traitement d'un autre registre
Traitement par la clozapine depuis : A A M M J J

Initiales du patient : _____ Prénom ou initiales _____ Nom ou initiales _____ N° de carte d'assurance maladie ou N° de dossier ou ID EPIC (nécessaire pour le transfert automatique des résultats)

Fréquence : ◯ 7 ◯ 14 ◯ 28

Date de naissance : A A M M J J

Sexe à la naissance : ◯ M ◯ F ☐ S'identifie comme : _____

Statut : ◯ Hospitalisé ◯ Externe

Ethnie : ◯ Caucasien ◯ Noir ◯ Asiatique ◯ Membre des Premières Nations ◯ Autre (préciser) : _____

N° de copaiement _____

VALEURS INITIALES DE L'HÉMOGRAMME ET DE LA FORMULE LEUCOCYTAIRE :

Date de prélèvement : A A M M J J

Leucocytes (facultatif) _____ X 10^9/L

Polynucléaires neutrophiles _____ X 10^9/L

SECTION 2. Établissement/Laboratoire/Personne-ressource principale

Établissement : _____

Établissement affilié : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Poste : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

Téléc. : _____

Laboratoire : _____

Tél. : _____

Téléc. : _____

Coordonnateur de cas local/Gestionnaire de cas/Personne-ressource principale

Nom : _____

Tél. : _____ Poste : _____

Courriel : _____

Téléc. : _____

SECTION 3. Inscription de la pharmacie. Doit être remplie et signée par le pharmacien en chef, ou un délégué

Nom du pharmacien : _____

Nº de permis : _____

Nom de la pharmacie : _____

Tél. : _____ Poste : _____

Adresse : _____

Téléc. : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

Courriel : _____

Le pharmacien accepte de remettre CLOZARIL[MD] chaque semaine, toutes les deux semaines ou toutes les quatre semaines après avoir reçu une confirmation de l'analyse de sang pour la période prévue. Le changement de traitement d'un patient d'une marque de clozapine à une autre ne doit pas être effectué par un pharmacien à moins qu'il n'obtienne un nouveau formulaire d'inscription du patient propre au nouveau registre rempli par le médecin prescripteur[1].

_____
Signature du pharmacien

A A M M J J
Date

SECTION 4. Doit être remplie et signée par le médecin prescripteur

Je m'assurerai, à titre de médecin prescripteur, que les analyses de sang (nombre de leucocytes, y compris la formule leucocytaire) du patient ci-dessus seront effectuées à la fréquence recommandée, conformément à la monographie de CLOZARIL[MD]. Je comprends qu'aucune pharmacie ne distribuera aucune autre marque de clozapine à mon patient à mon insu et sans mon autorisation. De cette façon, je serai en mesure de demander au laboratoire d'envoyer les résultats des analyses de sang de mon patient à la base de données de clozapine du fabricant approprié (RASC[MD]). Je ne prescrirai pas CLOZARIL[MD] d'ici à ce que le statut d'interdiction de reprise du traitement de ce patient soit vérifié[1].
J'ai informé le patient et il n'a pas exprimé d'objection à la divulgation ou à l'échange de renseignements personnels pertinents (incluant des renseignements médicaux) entre le RASC[MD] et d'autres sources permettant d'obtenir de tels renseignements (comme les laboratoires, les autres registres de clozapine et les professionnels de la santé), tel que requis pour l'utilisation sécuritaire du traitement ou pour la continuité du suivi du patient par le RASC[MD]. Les renseignements qui pourraient être divulgués ou échangés comprennent le statut d'interdiction de reprise du traitement, le statut hématologique du patient, les nombres absolus des leucocytes et des polynucléaires neutrophiles, des dates et tout autre renseignement pertinent pour la continuité du traitement du patient par CLOZARIL[MD][1]. Je confirme que j'ai adéquatement informé le patient de l'objectif et de la portée du service de suivi du RASC[MD], et que j'ai obtenu son consentement pour la collecte, l'utilisation, la divulgation et l'échange de ses renseignements personnels indiqués ci-dessus. J'ai aussi avisé le patient que le consentement relatif aux renseignements personnels demeurera valide tant qu'il fera partie du programme RASC[MD], et pour un délai raisonnable une fois que son traitement par CLOZARIL[MD] sera terminé, à des fins administratives.

Nom du médecin prescripteur : _____

Nº de permis prov. : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Poste : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

Téléc. : _____

Courriel : _____

_____
Signature du médecin prescripteur

A A M M J J
Date

SECTION 5. Arrêt du traitement. Le traitement par CLOZARIL[MD] a été interrompu principalement en raison de :

◯ Inobservance thérapeutique ◯ Avec les prises de sang ◯ Avec la médication ◯ Les deux

◯ Autre (préciser) : _____

Tél. : _____ Poste : _____

_____
Section remplie par

A A M M J J
Date de l'arrêt du traitement

Pour obtenir tout renseignement concernant notre politique de confidentialité à l'égard des patients, veuillez consulter le site www.hlstherapeutics.com/fr-ca.
CLOZARIL[MD] et RASC[MD] sont des marques déposées de Novartis AG. © Droit d'auteur 2022 HLS Therapeutics inc. Décembre 2022.
Référence : 1. Monographie de CLOZARIL[MD]. HLS Therapeutics inc. 29 avril 2022.

CA-CL-0076-FR

RÉVISÉ PAR CCPP