

* 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.

FORMULAIRE

SECTION 1. Renseignements sur le patient

Nouveau traitement Indiquer l'ancien numéro du RASC^{MD}, si connu :

Pour poursuivre le traitement d'un autre registre

Traitement par la clozapine depuis :

Initiales du patient : _____ Fréquence : 7 14 28

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)

Date de naissance : A A M M J J Sexe à la naissance : M F S'identifie comme : _____ Statut : Hospitalisé Externe

Ethnie : Caucasiens Noir Asiatiques 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 10⁹/L Polynucléaires neutrophiles _____ X 10⁹/L

SECTION 2. Établissement/Laboratoire/Personne-ressource principale

Établissement : _____ Établissement affilié : _____

Adresse : _____ Tél. : _____ Poste : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____ Téléc. : _____

Laboratoire : _____ Téléc. : _____

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 : _____ N° 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 prescripteur¹.

A A M M J J

Signature du pharmacien _____ 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 vérifié¹.

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 : _____ N° de permis prov. : _____

Adresse : _____ Tél. : _____ Poste : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____ Téléc. : _____

Courriel : _____

A A M M J J

Signature du médecin prescripteur _____ 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 : _____

A A M M J J

Section remplie par _____ 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.hlsterapeutics.com/fr-ca.

CLOZARIL^{MD} et RASC^{MD} sont des marques déposées de Novartis AG. © Droit d'auteur 2025 HLS Therapeutics Inc. décembre 2025.

Référence : 1. Monographie de CLOZARIL^{MD}. HLS Therapeutics Inc. 10 juillet 2025.

CA-CL-00158-FR

