

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE REMPLI PAR TÉLÉCOPIE À VOTRE COORDONNATEUR BIOADVANCE® DE JANSSEN

Coordonnateur BioAdvance® de Janssen :		Tél. :	Télec. :
INFORMATION SUR LE PATIENT		INFORMATION SUR LE MÉDECIN	
Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		Nom du médecin :	
Nom du patient :		Autre personne-ressource du cabinet :	
Adresse :		Adresse du cabinet :	
Choix de langue : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre		Courriel :	
Tél. (domicile) :	Tél. (autre) :	Tél. (bureau) :	
Pouvons-nous laisser un message à ce numéro? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Télec. (bureau) :	
Courriel :			
Date de naissance :	Numéro de carte santé :		

SECTION À REMPLIR PAR LE MÉDECIN† Veillez et indiquer les renseignements requis.

Indication : <input type="checkbox"/> Psoriasis en plaques <input type="checkbox"/> Rhumatisme psoriasique		Poids du patient :
<input type="checkbox"/> ORDONNANCE PATIENTS ADULTES (18 ans et plus)	<input type="checkbox"/> STELARA® (ustekinumab) à 45 mg par injection sous-cutanée	<input type="checkbox"/> STELARA® (ustekinumab) à 90 mg par injection sous-cutanée
<input type="checkbox"/> ORDONNANCE† (psoriasis en plaques) PATIENTS PÉDIATRIQUES (6 à 17 ans)	<input type="checkbox"/> STELARA® (ustekinumab) à 45 mg par injection sous-cutanée	<input type="checkbox"/> STELARA® (ustekinumab) à 90 mg par injection sous-cutanée
	<input type="checkbox"/> STELARA® (ustekinumab) à 0,75 mg/kg (fiole de 45 mg/0,5 mL)	<input type="checkbox"/> STELARA® (ustekinumab) à 45 mg par injection sous-cutanée x 2
DOSE	PHASE INITIALE : semaines	D'ENTRETIEN : Toutes les
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> renouvellements
ET/OU		<input type="checkbox"/> 52 semaines
		Autres consignes/Remarques :

<p>REMBOURSEMENT</p> <p>RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DU PSORIASIS (veuillez remplir la partie suivante, si nécessaire)</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td>% d'atteinte de la surface corporelle :</td> <td>Score PASI :</td> <td>Score DLQI :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Mains <input type="checkbox"/> Pieds <input type="checkbox"/> Organes génitaux</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>ÉVALUATION DE LA TUBERCULOSE</p> <p><input type="checkbox"/> Non requise</p> <p><input type="checkbox"/> Résultats négatifs Date : _____</p> <p><input type="checkbox"/> En attente</p> <p><input type="checkbox"/> Résultats positifs Date : _____</p> <p><small>† Valable uniquement pour le psoriasis, en Ontario : le patient peut bénéficier d'une couverture selon le code 419 (code d'utilisation limitée ou LU)</small></p>	% d'atteinte de la surface corporelle :	Score PASI :	Score DLQI :	<input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Mains <input type="checkbox"/> Pieds <input type="checkbox"/> Organes génitaux			<p>TRAITEMENT ANTÉRIEUR</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Raison de l'arrêt du traitement :</th> <th>Dates de début/fin :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Méthotrexate</td> <td><input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acitrétine</td> <td><input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cyclosporine</td> <td><input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agents topiques</td> <td><input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Photothérapie</td> <td><input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Non disponible</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> <td><input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Raison de l'arrêt du traitement :	Dates de début/fin :	<input type="checkbox"/> Méthotrexate	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec		<input type="checkbox"/> Acitrétine	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec		<input type="checkbox"/> Cyclosporine	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec		<input type="checkbox"/> Agents topiques	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec		<input type="checkbox"/> Photothérapie	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Non disponible		<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec	
% d'atteinte de la surface corporelle :	Score PASI :	Score DLQI :																										
<input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Mains <input type="checkbox"/> Pieds <input type="checkbox"/> Organes génitaux																												
	Raison de l'arrêt du traitement :	Dates de début/fin :																										
<input type="checkbox"/> Méthotrexate	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec																											
<input type="checkbox"/> Acitrétine	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec																											
<input type="checkbox"/> Cyclosporine	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec																											
<input type="checkbox"/> Agents topiques	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec																											
<input type="checkbox"/> Photothérapie	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Non disponible																											
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec																											

MÉDECIN	† Date d'entrée en vigueur. Cette ordonnance expire un an après la date de la signature. Attestation du prescripteur : j'atteste que cette ordonnance est une ordonnance originale et que cette pharmacie en est l'unique destinataire. La copie originale ne sera pas utilisée de nouveau.	
Signature du médecin :	Numéro de permis d'exercice du collège :	Date† :

PATIENT	J'ai lu et compris le texte du consentement imprimé au verso, et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels selon ces modalités.	
Signature du patient :	Date :	

CONSENTEMENT DU PATIENT

Je consens à autoriser mon prestataire (mes prestataires) de soins de santé, y compris les médecins ou les membres du personnel infirmier à divulguer mes renseignements personnels au coordonnateur BioAdvance® affecté à la gestion de mon dossier (le « CBA ») ou à son remplaçant (le cas échéant), afin que je puisse m'inscrire au programme BioAdvance® et obtenir ma première ordonnance de STELARA®, et j'accepte que le CBA communique avec moi dans le but d'obtenir lesdits renseignements. Ces renseignements personnels peuvent comprendre mon nom, mon adresse, ma date de naissance, mon numéro de téléphone ou tout autre renseignement personnel, y compris l'information sur mon état de santé comme le diagnostic qui a été établi et les renseignements figurant sur mon ordonnance ou sur le présent Formulaire d'inscription, d'ordonnance et de consentement du patient (le « Formulaire de consentement »).

Mes renseignements personnels ne seront pas utilisés ni divulgués par le CBA à d'autres fins sans que les renseignements qui permettent de m'identifier directement n'aient été retirés au préalable, ou selon les limites ou les exigences de la loi. En outre, une fois que le CBA aura pris contact avec moi, si je choisis de bénéficier des services fournis par le CBA, je serai tenu de signer un autre formulaire de consentement concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels par le CBA.

Je comprends :

- que je ne suis pas obligé de signer le présent formulaire de consentement, mais que si je décide de ne pas le signer, mes prestataires de soins de santé ne seront pas en mesure de divulguer mes renseignements personnels au CBA et je ne pourrai donc pas bénéficier des services offerts par le CBA (à moins de communiquer moi-même avec le CBA directement);
- que le fait de signer ou non le présent formulaire de consentement n'influencera pas mon prestataire (mes prestataires) de soins de santé dans la détermination du traitement médical que je recevrai;
- que je peux révoquer (retirer) mon autorisation à tout moment en envoyant à mon prestataire (mes prestataires) de soins de santé une lettre à cet effet, par télécopie ou par la poste, sur laquelle figure ma signature, mais que je ne pourrais pas dans un tel cas bénéficier des services offerts par le CBA;
- que la révocation de mon autorisation interdira la divulgation de mes renseignements personnels par mon prestataire (mes prestataires) de soins de santé à partir de la date à laquelle ma lettre à cet effet aura été reçue et traitée, mais n'empêchera pas le CBA d'utiliser et de divulguer les renseignements personnels sur moi déjà en sa possession;
- que j'ai le droit de recevoir une copie du présent formulaire de consentement;
- que si je désire avoir accès à mon dossier de patient tenu par le CBA et/ou y apporter des modifications ou des corrections, je dois en faire la demande par écrit au CBA en fonction.

† Chez les patients pédiatriques, il est recommandé que STELARA® soit administré par un fournisseur de soins de santé*.

* Monographie de STELARA® (ustekinumab), Janssen Inc. En ligne à l'adresse : <http://www.janssen.com/canada/fr/products>

Pour les renseignements thérapeutiques complets sur STELARA®, veuillez consulter la monographie de produit. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Service de l'information médicale de Janssen Inc. au 1-800-567-3331.