

**VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE REMPLI À VOTRE COORDONNATEUR BIOADVANCE®**

**1. INFORMATION SUR LE COORDONNATEUR BIOADVANCE® DE JANSSEN**

NOM : \_\_\_\_\_ TÉLÉCOPIEUR : \_\_\_\_\_  
ADRESSE DE COURRIEL : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

**2. INFORMATION SUR LE PATIENT**

PRÉNOM \_\_\_\_\_ DEUXIÈME PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_  
PRÉFÉRENCE LINGUISTIQUE :  ANGLAIS  
DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_  FRANÇAIS  
ADRESSE \_\_\_\_\_  
VILLE \_\_\_\_\_ PROVINCE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_  
SEXES DU PATIENT :  FEMME  
NUMÉRO DE CARTE D'ASSURANCE-MALADIE \_\_\_\_\_  HOMME  
TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ ADRESSE DE COURRIEL \_\_\_\_\_  
POUVONS-NOUS LAISSER UN MESSAGE À CE NUMÉRO?  OUI  NON

**3. INFORMATION SUR LE CABINET**

NOM DU MÉDECIN \_\_\_\_\_  
NOM DU PERSONNEL INFIRMIER \_\_\_\_\_  
NOM DE L'HÔPITAL OU DE LA CLINIQUE \_\_\_\_\_ ADRESSE \_\_\_\_\_  
VILLE \_\_\_\_\_ PROVINCE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ TÉLÉCOPIEUR \_\_\_\_\_  
ADRESSE DE COURRIEL \_\_\_\_\_  
NOM DE LA PERSONNE DÉSIGNÉE \_\_\_\_\_ NO DE TÉL. DE LA PERSONNE DÉSIGNÉE \_\_\_\_\_  
(S'IL NE S'AGIT PAS DE LA PERSONNE CI-DESSUS)

**4. SECTION À REMPLIR PAR LE MÉDECIN\***

<p><b>INDICATION</b></p> <input type="checkbox"/> RHUMATISME PSORIASIQUE <input type="checkbox"/> PSORIASIS EN PLAQUES Autres consignes/ remarques : _____	<p><b>FORME POSOLOGIQUE</b></p> <input type="checkbox"/> TREMFYA® seringue préremplie pour injection de guselkumab DIN 02469758 100 mg/mL, administration sous-cutanée <input type="checkbox"/> TREMFYA ONE-PRESS® dispositif d'injection contrôlable pour injection de guselkumab DIN 02487314 100 mg/mL, administration sous-cutanée	<p><b>FRÉQUENCE</b></p> SEMAINES INITIALES <input type="checkbox"/> 0 SEMAINE <input type="checkbox"/> 4 SEMAINE <b>ET/OU</b> <input type="checkbox"/> ENTRETIEN : TOUTES LES 8 SEMAINES RENOUELEMENTS _____
--	---	--

**REMBOURSEMENT**

<p><b>5. DÉTAILS DE L'ÉVALUATION DU PSORIASIS</b></p> % d'atteinte de la surface corporelle : _____ PASI : _____ DLQI : _____ <input type="checkbox"/> VISAGE <input type="checkbox"/> MAINS <input type="checkbox"/> PIEDS <input type="checkbox"/> PARTIES GÉNITALES	<p><b>6. ÉVALUATION DU RHUMATISME PSORIASIQUE</b></p> _____ Nombre d'articulations enflées _____ Score DAS28 _____ Score HAQ <input type="checkbox"/> Signes radiographiques de RP	<p><b>7. ÉVALUATION DE LA TUBERCULOSE</b></p> <input type="checkbox"/> EN ATTENTE <input type="checkbox"/> RÉSULTAT NÉGATIF DATE : _____ <input type="checkbox"/> COMMENTAIRES _____
---	---	--

**8. PREVIOUS THERAPIES**

PSORIASIS	DATE DE DÉBUT ET DE FIN/COMMENTAIRES :	RHUMATISME PSORIASIQUE	DATE DE DÉBUT ET DE FIN/COMMENTAIRES :
<input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> Acitrétine <input type="checkbox"/> Cyclosporine <input type="checkbox"/> Agents topiques <input type="checkbox"/> Photothérapie <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec	<input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> Léflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Échec

\* Date d'entrée en vigueur. Les ordonnances expirent 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. L'exemplaire original ne sera pas utilisé de nouveau.

**9. MÉDECIN** SIGNATURE \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE PERMIS D'EXERCICE DU COLLÈGE : \_\_\_\_\_  
DATE : \_\_\_\_\_

**10. PATIENT**  J'ai lu et compris le contenu de ce Formulaire de consentement du patient décrit à la page 2, et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels conformément aux modalités énoncées.

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® de Janssen affecté à la gestion de mon dossier (le « CBA ») ou à son remplaçant (le cas échéant), afin de faciliter mon inscription au programme BioAdvance® et l'obtention de ma première ordonnance de TREMFYA®/TREFMYA ONE-PRESS®, 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 le traitement médical que je recevrai et qui sera fourni par mon prestataire (mes prestataires) de soins de santé;
- 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 pourrai 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.

**Veillez consulter la monographie de produit pour les renseignements thérapeutiques complets sur TREMFYA®/TREFMYA ONE-PRESS®. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Service de l'information médicale de Janssen Inc. au 1-800-567-3331.**