

## Renseignements du (de la) patient(e)

Nom :	Prénom :	Genre à la naissance : <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Poids corporel (kg) : (Pédiatrique)	Date de naissance : (AAAA-MM-JJ)
Allergies : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui (Veuillez préciser)		Adresse :		
Ville :		Province :	Code postal :	
Numéro de téléphone de la personne ou du mandataire spécial :		Courriel de la personne ou du mandataire spécial :		
Envoyez à : <input type="radio"/> Domicile du (de la) patient(e) <input type="radio"/> Bureau du médecin prescripteur <input type="radio"/> Autre :				

### SERVICES AUX PATIENT(E)S

<input type="checkbox"/> Évaluation de l'alimentation	<input type="checkbox"/> Pharmacovigilance thérapeutique	<input type="checkbox"/> Médicaments – Vérification	<input type="checkbox"/> QuantIFERON Or	<input type="checkbox"/> Désaccoutumance du tabac
<input type="checkbox"/> Questionnaire d'évaluation de l'état de santé/DLQI	<input type="checkbox"/> Formation sur l'injection et entretien	<input type="checkbox"/> Navigation de l'assurance	<input type="checkbox"/> Vaccination (voir ci-dessous)	

### VACCINATION

<input type="checkbox"/> Hep A/B x 3 OU 4 (selon le protocole rapide) <sup>MC</sup>	<input type="checkbox"/> Shingrix <sup>MC</sup> (doses espacées de 2 à 6 mois) <sup>MC</sup>	<input type="checkbox"/> Td/Tdap x 1 <sup>MC</sup>	<input type="checkbox"/> Prevnar 13 <sup>MC</sup> x 1
<input type="checkbox"/> Gardasil 9 <sup>MC</sup> x 3 (dose initiale, 2 et 6 mois)	<input type="checkbox"/> Pneumovax <sup>MC</sup> x 1 (8 semaines après Prevnar 13 <sup>MC</sup> )	<input type="checkbox"/> Autre :	

### EXIGENCES RELATIVES AU (À LA) PATIENT(E)

Le (la) patient(e) a-t-il(elle) reçu un échantillon de produit pour commencer?  Oui  Non    Radiographie thoracique négative?  Oui  Non

Un rinçage est-il nécessaire à la suite d'un traitement précédent?  Oui  Non    Date de début (AAAA-MM-JJ) :

Test de dépistage de la tuberculose terminé?  Oui  Non    Test de dépistage de la tuberculose négatif?  Oui  Non    Autre :

Médicaments	Posologie et mode d'emploi	Code LU	Durée :	Médicaments	Posologie et mode d'emploi	Code LU	Durée :
<b>ALOPÉCIE EN AIRES</b> <input type="checkbox"/> Litfulo (ritlécitinib gélules de 50 mg)	<input type="checkbox"/> Prendre 50 mg par voie orale une fois par jour Autres instructions :		<input type="radio"/> 3 mois <input type="radio"/> 6 mois <input type="radio"/> 1 an <input type="radio"/> Autre	<b>PSORIASIS EN PLAQUES/HIDRO-SADÉNITE SUPPURÉE (HS)</b> (Adalimumab) <input type="radio"/> Hadlima <input type="radio"/> Hulio <input type="radio"/> Hyrimoz <input type="radio"/> Idacio <input type="radio"/> Amgevita <input type="radio"/> Abrilada <input type="radio"/> Simlandi <input type="radio"/> Yuflyma <input type="radio"/> Humira <input type="radio"/> PEN <input type="radio"/> PFS <input type="radio"/> Flacon	Posologie de la PsO : <input type="checkbox"/> Initiale : 80 mg SC suivie d'une dose d'entretien commençant une semaine après la dose initiale <input type="checkbox"/> Entretien : 40 mg SC toutes les deux semaines Posologie HS : <input type="checkbox"/> Initiale : 160 mg SC à la dose initiale, 80 mg à la semaine 2, puis dose d'entretien à la semaine 4 <input type="checkbox"/> Entretien : 40 mg SC par semaine HS pédiatrique : <input type="checkbox"/> Initiale : 80 mg SC suivie d'une dose d'entretien commençant une semaine après la dose initiale (pour adolescents avec HS, 12-17 ans, PC >= 30 kg) <input type="checkbox"/> 40 mg SC toutes les deux semaines (pour adolescent avec HS, 12-17 ans, PC >= 30 kg)v	<input type="radio"/> PsO 609 <input type="radio"/> HS 607	<input type="radio"/> 3 mois <input type="radio"/> 6 mois <input type="radio"/> 1 an <input type="radio"/> Autre
<b>DERMATITE ATOPIQUE</b> <input type="checkbox"/> Adtralza (tralokinumab) <input type="radio"/> PEN <input type="radio"/> PFS <input type="checkbox"/> Cibinqo (abrocitinib)	<input type="checkbox"/> Initiale : 600 mg SC une fois <input type="checkbox"/> Entretien : 300 mg SC toutes les deux semaines <input type="radio"/> 100 mg par voie orale une fois par jour <input type="radio"/> 300 mg par voie orale une fois par jour						
<input type="checkbox"/> Duxipent (dupilumab) <input type="radio"/> PEN <input type="radio"/> PFS PC : _____ kg	<input type="checkbox"/> Initiale : 600 mg SC une fois <input type="checkbox"/> Initiale : 400 mg SC une fois <input type="radio"/> 300 mg toutes les deux semaines <input type="radio"/> 300 mg toutes les quatre semaines <input type="radio"/> 200 mg toutes les quatre						
<input type="checkbox"/> Rinvoq (upadacitinib)	<input type="radio"/> 15 mg par voie orale une fois par jour <input type="radio"/> 30 mg par voie orale une fois par jour						
<input type="checkbox"/> Alitrétinoïne (Toctino/génériques)	<input type="radio"/> 10 mg par voie orale une fois par jour <input type="radio"/> 30 mg par voie orale une fois par jour	<input type="checkbox"/> 442					
Autres instructions :							
<b>URTICAIRE CHRONIQUE</b> <input type="checkbox"/> Xolair (omalizumab) <input type="radio"/> PFS <input type="radio"/> Flacon	<input type="radio"/> 150 mg SC toutes les quatre semaines <input type="radio"/> 300 mg SC toutes les quatre semaines						
Autres instructions :			<b>PSORIASIS EN PLAQUES</b> <input type="radio"/> Brenzys <input type="radio"/> Erelzi <input type="radio"/> Enbrel <input type="radio"/> PEN <input type="radio"/> PFS <input type="radio"/> Flacon	<input type="radio"/> 25 mg SC deux fois par semaine OU <input type="radio"/> 50 mg SC une fois par semaine OU <input type="radio"/> 50 mg SC deux fois par semaine	<input type="radio"/> 591 <input type="radio"/> 661		

Médicaments	Posologie et mode d'emploi	Code LU	Durée :	
<b>PSORIASIS EN PLAQUES</b> <input type="checkbox"/> Bimzelx (bimekizumab) <input type="radio"/> PEN <input type="radio"/> PFS	<input type="checkbox"/> Initiale : 320 mg SC à la semaine initiale et aux semaines 4, 8, 12 et 16 <input type="checkbox"/> Entretien : 320 mg SC toutes les huit semaines	<input type="checkbox"/> 641	<input type="radio"/> 3 mois <input type="radio"/> 6 mois <input type="radio"/> 1 an <input type="radio"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Cimzia (certolizumab) <input type="radio"/> PEN <input type="radio"/> FS	<input type="checkbox"/> 400 mg SC à la semaine initiale et aux semaines 2 et 4, suivies de 200 mg SC toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> 400 mg SC toutes les deux semaines			
Autres instructions :				
<input type="checkbox"/> Cosentyx (secukinumab) <input type="radio"/> PEN <input type="radio"/> PFS	<input type="checkbox"/> Initiale : <input type="radio"/> 75 mg <input type="radio"/> 150mg <input type="radio"/> 300 mg SC à la semaine initiale ainsi qu'aux semaines 1, 2, 3 et 4 <input type="checkbox"/> Entretien : <input type="radio"/> 75mg <input type="radio"/> 150mg <input type="radio"/> 300 mg SC par mois	<input type="checkbox"/> 476		
<input type="checkbox"/> Ilumya (tildrakizumab) 100mg/mL PFS	<input type="checkbox"/> Initiale : 100 mg SC à la semaine initiale et à la semaine 4 <input type="checkbox"/> Entretien : 100 mg toutes les 12 semaines	<input type="checkbox"/> 629		
<input type="radio"/> Inflectra <input type="radio"/> Renflexis <input type="radio"/> Avsola <input type="radio"/> Remicade PC : ____ kg	<input type="checkbox"/> Initiale : 5 mg/kg par voie IV à la semaine initiale et aux semaines 2 et 6 <input type="checkbox"/> Entretien : 5 mg/kg par voie IV toutes les huit semaines	<input type="checkbox"/> 471		
<input type="checkbox"/> Siliq (brodalumab) 210mg/1.5mL PFS	<input type="checkbox"/> Initiale : 210 mg SC à la semaine initiale et aux semaines 1 et 2 <input type="checkbox"/> Entretien : 210 mg SC toutes les deux semaines	<input type="checkbox"/> 553		
<input type="checkbox"/> Skyrizi (risankizumab) <input type="radio"/> PEN <input type="radio"/> PFS	<input type="checkbox"/> Initiale : 150 mg SC à la semaine initiale et à la semaine 4 <input type="checkbox"/> Entretien : 150 mg SC toutes les 12 semaines	<input type="checkbox"/> 574		
<input type="radio"/> Stelara (ustekinumab) PFS PC : ____kg <input type="radio"/> Wezlana <input type="radio"/> Jamteki <input type="radio"/> Finlius	<input type="checkbox"/> Initiale : 45 mg SC à la semaine initiale et à la semaine 4 <input type="checkbox"/> Entretien : 45 mg SC toutes les 12 semaines <input type="checkbox"/> Initiale : 90 mg à la semaine initiale et à la semaine 4, PC > 100 kg <input type="checkbox"/> Entretien : 90 mg SC toutes les 12 semaines, PC > 100 kg	<input type="checkbox"/> 419		
<input type="checkbox"/> Tremfya (guselkumab) <input type="radio"/> PEN <input type="radio"/> PFS	<input type="checkbox"/> Initiale : 100 mg SC à la semaine initiale et à la semaine 4 <input type="checkbox"/> Entretien : 100 mg SC toutes les huit semaines	<input type="checkbox"/> 658		
<input type="checkbox"/> Taltz (ixekizumab) <input type="radio"/> PEN <input type="radio"/> PFS	<input type="checkbox"/> Initiale : 160 mg SC à la semaine initiale, suivie de 80 mg SC aux semaines 2, 4, 6, 8, 10 et 12 <input type="checkbox"/> Entretien : 80 mg SC toutes les quatre semaines	<input type="checkbox"/> 526		
<input type="checkbox"/> Aprémilast (Otezla/génériques)	<input type="checkbox"/> Initiale : 10 mg tous les matins par voie orale le jour 1, 10 mg deux fois par jour le jour 2, 10 mg tous les matins et 20 mg tous les soirs le jour 3, 20 mg deux fois par jour le jour 4, 20 mg tous les matins et 30 mg tous les soirs le jour 5, puis doses d'entretien de 30 mg deux fois par jour à partir du jour 6. Mitte : Une trousse de démarrage (approvisionnement de sept jours) <input type="checkbox"/> Entretien : 30 mg par voie orale deux fois par jour			
<input type="checkbox"/> Sotyktu (deucravacitinib)	<input type="checkbox"/> 6 mg par voie orale une fois par jour			
Autres instructions :				

Le médecin prescripteur a discuté des détails avec le (la) patient(e) et a reçu le consentement du (de la) patient(e) pour que Bayshore HealthCare Ltd. contacte le (la) patient(e) au sujet des renseignements contenus dans ce formulaire afin de l'aider à délivrer le médicament détaillé ci-dessus. Les renseignements sur les patient(e)s ne seront partagés avec Bayshore HealthCare Ltd. que pour ces raisons exclusives et ne seront pas partagés avec d'autres tiers.

Médecin prescripteur			
Nom :	Téléphone :	Télécopie :	Numéro de licence :
Adresse de la clinique :		Ville :	Province: Code postal :
Signature :		Date : (AAAA-MM-JJ)	