

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (à remplir par le patient)

Nom : _____
 Sexe : F M Genre : F M Autre
 Adresse : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
 Tél. (domicile) : _____ Tél. (cell.) : _____
 Laisser un message : Oui Non Envoyer un message texte (SMS) : Oui Non
 Meilleur moment pour me joindre : Matin Après-midi Soir
 Courriel : _____
 Date de naissance : MM/JJ/AAAA Allergies connues : Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____
 Numéro d'assurance maladie : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN (à remplir par le médecin)

Nom du médecin : _____
 Numéro de permis : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
 Tél. (bureau) : _____
 Téléc. (bureau) : _____
 Nom de la personne-ressource : _____
 Courriel : _____

SECTION SUR L'ORDONNANCE DU MÉDECIN (à remplir par le médecin)

Poids du patient : _____ Date de pesée : MM/JJ/AAAA Dose : _____ mg Code dans la liste provinciale (le cas échéant) : _____

DIAGNOSTIC : ADULTE (à remplir par le médecin)

Polyarthrite rhumatoïde Spondylarthrite ankylosante Rhumatisme psoriasique
 Psoriasis en plaques Colite ulcéreuse Maladie de Crohn
 Maladie de Crohn avec fistulisation

ENFANT

Colite ulcéreuse (≥ 6 ans)
 Maladie de Crohn (≥ 9 ans)

FRÉQUENCE/DURÉE (à remplir par le médecin)

Date demandée d'instauration du traitement* : MM/JJ/AAAA Traitement d'induction : Semaines 0 2 6
 Traitement d'entretien : Toutes les _____ semaines pendant _____ mois. Nombre de renouvellements : _____
 Administrez la dose d'INFLECTRA par perfusion i.v. en suivant le protocole standard pour l'administration d'INFLECTRA de la clinique de perfusion.
 Perfusion d'une heure : Si mon patient atteint de polyarthrite rhumatoïde a bien toléré les 3 dernières perfusions de 2 heures, la directive de traitement est la suivante : utiliser le protocole standard actuel recommandé pour la perfusion abrégée pour administrer INFLECTRA sur une période d'au moins 1 heure, ou selon la tolérance du patient, et prendre en charge les réactions liées à la perfusion comme il se doit.
 * La perfusion doit être administrée sur une période d'au moins 2 heures sauf si une perfusion de 1 heure est prescrite compte tenu des conditions énumérées ci-dessus. Il faut avoir sous la main un équipement d'urgence comprenant de l'adrénaline, des antihistaminiques, des corticostéroïdes et du matériel d'intubation.

DIRECTIVES CONCERNANT LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX PRÉALABLE (à remplir par le médecin)

Aucun traitement médicamenteux préalable requis Veuillez cocher le(s) médicament(s) à administrer avant la perfusion et indiquer le mode d'administration.

TRAITEMENT PRÉALABLE

Diphénhydramine (p. ex., Benadryl[†]) à _____ mg
 Acétaminophène à _____ mg
 Hydrocortisone à _____ mg
 Dimenhydrinate (p. ex., Gravol[†]) à _____ mg
 Méthylprednisolone à _____ mg

MODE D'ADMINISTRATION

Voie orale **ou** i.v., de 15 à 30 minutes avant la perfusion (max. : 50 mg)
 Voie orale, de 15 à 30 minutes avant la perfusion
 Voie i.v., de 15 à 30 minutes avant la perfusion
 Voie orale **ou** i.v., de 15 à 30 minutes avant la perfusion
 De 15 à 30 minutes avant la perfusion

Autre (préciser)* : _____

† Veuillez remettre une ordonnance au patient; il devra apporter l'autre médicament au rendez-vous pour l'administration de la perfusion.

TEST DE DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE (TB) (à remplir par le médecin)

Non requis
 Positif (+) Date : MM/JJ/AAAA Négatif (-) Date : MM/JJ/AAAA

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE (à remplir par le médecin)

Non requise
 Résultats obtenus Date : MM/JJ/AAAA

Antécédents médicaux pertinents/remarques : _____

SIGNATURE DU MÉDECIN (à remplir par le médecin)

Acceptez-vous que le Service de l'innocuité des médicaments de Pfizer communique avec vous à propos des renseignements fournis dans le présent formulaire ou tout autre document qui l'accompagne? Oui Non

Remarques : _____

J'ai lu, compris et j'accepte l'énoncé de consentement du médecin figurant au verso de cette page.

SIGNEZ ICI : _____ Date[‡] : MM/JJ/AAAA

‡ Date d'entrée en vigueur. Les directives expirent un an après la date de signature. Attestation du prescripteur : J'atteste que la présente ordonnance est une ordonnance originale et que la pharmacie désignée en est la seule destinataire. L'originale ne sera pas réutilisée.

SIGNATURE DU PATIENT (à remplir par le patient)

SIGNEZ ICI : _____ Date : MM/JJ/AAAA

J'ai lu et compris l'énoncé de consentement du patient imprimé au verso du présent formulaire et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la transmission de mes renseignements médicaux selon les modalités qui y sont décrites.
 J'accepte de recevoir des messages électroniques renfermant de l'information et des mises à jour au sujet du **programme PfizerFlex**. Les **administrateurs** (les fournisseurs choisis par Pfizer pour administrer les services offerts par le **programme PfizerFlex**) sollicitent votre consentement au nom de Pfizer Canada SRI, le promoteur du programme. Vous pouvez retirer votre consentement à recevoir des messages électroniques en suivant les instructions fournies dans le message électronique. Vous pouvez communiquer en tout temps avec les administrateurs du programme en composant le 1-855-935-FLEX (3539) ou en écrivant à : **Programme PfizerFlex**, 2600, boul. Alfred-Nobel, 3^e étage, Saint-Laurent (Québec) H4S 0A9.



Télécopiez le formulaire dûment rempli au **1-833-958-FLEX (3539)**.

CONSENTEMENT DU PATIENT

Consentement à transmettre des renseignements personnels – Programme PfizerFlex

Instructions spéciales : Ce formulaire de consentement pourrait contenir des mots ou des groupes de mots qui sont nouveaux pour vous. Si vous ne comprenez pas bien l'ensemble ou une partie de ce formulaire, veuillez demander à la personne qui vous a remis ce formulaire de vous l'expliquer. Les mots écrits en **caractères gras** sont expliqués au bas de cette section.

Nous sollicitons votre permission de recueillir, d'utiliser et de transmettre vos **renseignements personnels***. Le programme d'assistance aux patients traités par INFLECTRA^{MD}, appelé le **programme PfizerFlex**[†] (le « programme ») est offert gratuitement à tous les patients à qui l'on a prescrit INFLECTRA. Le programme offre différentes formes d'assistance. La transmission de vos renseignements personnels, comme il est décrit dans le présent formulaire, nous aidera à déterminer quels services et documents du programme vous conviennent le mieux.

Afin de pouvoir prendre part au programme et de nous permettre d'accomplir les activités du programme en votre nom, vous acceptez de faire ce qui suit :

- Permettre à vos **professionnels de la santé**[‡], aux administrateurs (les fournisseurs choisis par Pfizer pour administrer les services offerts par le programme) et au personnel du programme PfizerFlex§ (le « personnel du programme ») de recueillir, d'utiliser, de partager entre eux et de conserver vos renseignements personnels. Ces personnes sont décrites au bas du présent formulaire.
- Permettre au personnel du programme d'utiliser les renseignements personnels que vous avez fournis pour communiquer avec vous et de recueillir d'autres renseignements personnels nécessaires ou relatifs à l'administration du programme. Par exemple, on pourrait vous demander des commentaires sur la qualité des services offerts par le programme, sur tout autre service connexe ou sur les résultats de votre traitement par INFLECTRA, ce qui pourrait inclure des études de marché limitées, comme des sondages portant sur votre expérience, afin que Pfizer puisse mieux comprendre ses produits et ses programmes, et les améliorer. Le personnel du programme pourrait vous laisser des messages au numéro de téléphone que vous avez fourni, si vous avez coché la case « Laisser un message » du formulaire d'inscription.
- Permettre à Pfizer Canada (la société qui vend INFLECTRA) et à ses sociétés affiliées (« Pfizer ») de recueillir vos renseignements personnels ainsi que des données sur les effets secondaires (aussi appelés « effets indésirables ») que vous pourriez ressentir en prenant INFLECTRA ou tout autre médicament fabriqué par Pfizer. Ensemble, Pfizer et Santé Canada demandent ces renseignements afin de suivre le profil d'innocuité de ces médicaments. Les données recueillies auprès de vous et d'autres patients aident Pfizer Canada et Santé Canada à mieux comprendre les effets de ces médicaments sur les patients qui les prennent. Ces renseignements pourront être transmis à Santé Canada ou à d'autres organismes de réglementation afin de signaler tout effet indésirable, ou si la loi le requiert. Pfizer peut aussi communiquer avec vos professionnels de la santé si elle désire plus d'information.
- Permettre à Pfizer, ou à un fournisseur de services embauché par Pfizer, d'accéder à vos renseignements personnels pour évaluer le programme ou formuler des recommandations visant à améliorer le programme. Par exemple, Pfizer ou ses fournisseurs de services pourront consulter les documents contenant vos renseignements personnels ou surveiller vos conversations téléphoniques avec le personnel du programme à des fins de contrôle de la qualité. Tous les fournisseurs de services auront l'obligation d'utiliser les renseignements personnels uniquement à des fins relatives à l'évaluation ou à l'administration du programme; aucun renseignement personnel ne sera transmis à des tiers.
- Consentir à ce que Pfizer recueille des données statistiques anonymisées auprès de fournisseurs de soins de santé et de tiers, les transmette à ceux-ci et les publie à des fins de remboursement, de publication ou à des fins commerciales.
- L'administrateur et le personnel du programme peuvent vous administrer le médicament INFLECTRA prescrit lors des rendez-vous fixés dans une clinique spécialisée. Un tel traitement doit comprendre l'administration des médicaments prescrits à administrer avant la perfusion ainsi que la prise en charge des réactions liées à la perfusion ou des urgences pouvant survenir durant la perfusion à la clinique.

En donnant votre consentement, vous reconnaissez ce qui suit :

- Vous acceptez de recevoir les services, le soutien et les documents répondant à vos besoins offerts dans le cadre du programme.

- Il est interdit au personnel du programme de recueillir, d'utiliser, de transmettre ou de conserver vos renseignements personnels pour quelque motif que ce soit sauf aux fins des activités décrites dans le présent formulaire de consentement. Le personnel du programme ne peut transmettre aucun de vos renseignements personnels à quiconque sauf à vos professionnels de la santé, à moins que les **renseignements relatifs à la santé*** permettant de vous identifier ne soient retirés. Par exemple, votre nom, votre adresse et vos identificateurs personnels doivent être supprimés si l'un de vos renseignements relatifs à la santé est transmis à toute personne qui n'est pas votre professionnel de la santé. Les renseignements relatifs à la santé dans lesquels votre nom, votre adresse ou vos identificateurs personnels ne figurent pas pourraient quand même être transmis après le retrait de votre consentement.
- Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en appelant les administrateurs au 1-855-935-FLEX (3539) ou en leur envoyant une demande signée par télécopieur au 1-833-958-FLEX (3539). Vous devez donner votre consentement pour bénéficier des services du programme PfizerFlex. Si vous décidez de retirer votre consentement, votre inscription au programme PfizerFlex prendra fin. Cela signifie que vous ne pourrez recevoir aucun service d'assistance du programme ni aucun soutien financier relativement à INFLECTRA, si vous y êtes admissible.
- Sauf là où la loi l'interdit, vous pouvez obtenir une copie de vos renseignements personnels. Vous pouvez corriger toute erreur ou poser des questions aux administrateurs au sujet de la collecte, de l'utilisation, de la transmission ou de la conservation de vos renseignements personnels. Vous pouvez communiquer avec les administrateurs par téléphone au 1-855-935-FLEX (3539) ou par télécopieur au 1-833-958-FLEX (3539).
- Tous les appels à destination ou en provenance des administrateurs pendant la prestation des services du programme pourraient être surveillés ou enregistrés à des fins de contrôle de la qualité et de formation du personnel.
- Vos renseignements personnels pourraient être recueillis, utilisés, partagés ou archivés hors de votre province, de votre territoire ou de votre pays. Les lois de ces pays relatives à la vie privée peuvent être moins strictes que celles du Canada et de ses provinces.
- Vos renseignements personnels pourraient également être transmis ou transférés à un tiers advenant une proposition ou la conclusion d'une transaction d'achat ou de vente (y compris une liquidation, une réalisation, une fusion ou une reprise de possession), de crédit-bail, d'unification ou d'acquisition de tout ordre, ou, au contraire, de cession, de transfert, de transfert de possession ou de financement de l'ensemble ou d'une partie, d'une division, d'éléments d'actifs ou d'actions de Pfizer Canada.
- Pfizer Canada a le droit de modifier ou d'annuler le programme et ses services en tout temps, sans préavis.
- Si, à un moment quelconque et pour quelque raison que ce soit, Pfizer Canada désigne de nouveaux administrateurs du programme, vous permettez que vos renseignements personnels soient transférés par les administrateurs actuels ou par Pfizer aux nouveaux administrateurs, afin de continuer à participer au programme.
- Vous ne tenterez pas de déclarer le montant de soutien reçu dans le cadre de ce programme à titre de frais déboursés pour des médicaments d'ordonnance dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments.
- À moins que vous ne le retirez, votre consentement est valide tant et aussi longtemps que vous recevez des services dans le cadre du programme et pour une durée raisonnable par la suite.

* Vos **renseignements personnels** comprennent vos données individuelles (nom, sexe, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, etc.), vos données financières et les **renseignements relatifs à la santé** (antécédents médicaux, affections médicales, traitements en cours, renseignements sur votre traitement, renseignements sur votre assurance médicale, etc.).

† Pfizer Canada mandate le **programme PfizerFlex** pour aider les patients à se procurer INFLECTRA et à suivre leur plan de traitement pour les indications autorisées pour l'utilisation.

‡ Les **professionnels de la santé** englobent tous vos médecins, infirmières, pharmaciens ou personnel de soutien de la pharmacie, compagnies d'assurance privée, payeurs publics et autres fournisseurs de soins ou tiers dépositaires de l'information appropriée.

§ Le **personnel du programme PfizerFlex** comprend les employés et les consultants des administrateurs, ainsi que les fournisseurs de services embauchés par les administrateurs pour assurer la gestion du programme, offrir des services ou animer des activités dans le cadre du programme.

renseignements sur tout effet indésirable associé à INFLECTRA ou à tout autre médicament fabriqué par Pfizer;

- Je consens à ce que les administrateurs fournissent cette ordonnance à la pharmacie choisie par le patient indiqué ci-dessus ou à une autre pharmacie (le cas échéant) de sorte que le patient ait accès au traitement que j'ai prescrit;
- Je consens à ce que les administrateurs prennent contact avec moi relativement à tout autre renseignement concernant le **programme PfizerFlex**** qui pourrait permettre d'améliorer la prestation ou la qualité des services offerts par ce programme à mon patient.

¶ Le **personnel du programme PfizerFlex** comprend les employés et les consultants des administrateurs choisis par Pfizer pour administrer le programme.

** Pfizer Canada mandate le **programme PfizerFlex** pour aider les patients à se procurer INFLECTRA et à suivre leur plan de traitement pour les indications autorisées pour l'utilisation.

CONSENTEMENT DU MÉDECIN

Ma signature atteste que :

- Je suis le médecin prescripteur de ce patient;
- J'ai prescrit INFLECTRA à ce patient pour une indication autorisée;
- Sous réserve du consentement du patient ci-dessus et seulement dans la mesure permise par ce consentement :
 - J'accepte que le **personnel du programme PfizerFlex**[¶] prenne contact avec moi relativement au patient susmentionné afin que je l'aide à fournir le programme, et ce, sans que cela limite le remboursement versé au patient ni les soins qui lui sont dispensés;
 - Je consens à ce que les administrateurs (les fournisseurs choisis par Pfizer pour administrer les services offerts par le programme) reçoivent, recueillent, conservent, utilisent et transmettent tout renseignement fourni par moi sur le patient et qui est nécessaire pour aider le patient à obtenir les services ou l'assistance auxquels il a consenti;
 - Je consens à ce que Pfizer Canada (la société qui vend INFLECTRA) et ses sociétés affiliées (« Pfizer ») communiquent avec moi au sujet du patient indiqué ci-dessus si elles ont besoin de plus d'amples

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la monographie d'INFLECTRA.

La monographie est fournie sur demande ou vous pouvez la consulter à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/INFLECTRA.pdf>.

Programme de soutien aux patients



INFLECTRA, M.D. de Pfizer Inc., utilisée sous licence.
PFIZERFLEX, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2024 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5

