

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F   
Prénom Nom de famille jj / mm / aa

Nom du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ kg

Téléphone à domicile : \_\_\_\_\_ Messages autorisés : 0  N  Heure préférée pour téléphoner : Matin  Après-Midi  Soirée

Autre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Messages autorisés : 0  N  Heure préférée pour téléphoner : Matin  Après-Midi  Soirée

**RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN**

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Personne-ressource/Admin : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Infirmière : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

**PERFUSION**

Veuillez choisir UN de ces lieux pour la perfusion :  Domicile  Clinique de perfusion de tierce partie  Autre \_\_\_\_\_

**ORDONNANCE**

**SOLIRIS**<sup>MD</sup> (eculizumab) **DIN : 02322285**  
(Voir la monographie pour des renseignements thérapeutiques complets)

- Hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN)**
- 600 mg tous les 7 jours pendant les 4 premières semaines, puis 900 mg pour la cinquième dose 7 jours plus tard, puis 900 mg tous les 14 jours par la suite pendant 12 mois.
- Autre \_\_\_\_\_ pendant 12 mois

- Syndrome hémolytique et urémique atypique (SHUa)**
- Pour les patients âgés de  $\geq 18$  ans
- 900 mg par semaine pendant les 4 premières semaines, puis 1200 mg pour la cinquième dose 1 semaine plus tard, puis 1200 mg toutes les 2 semaines par la suite pendant 12 mois

- Pour les patients âgés de  $< 18$  ans  
Soliris en fonction du poids corporel, selon le schéma posologique de la monographie ci-dessous, pendant 12 mois.
- 40 kg et plus - 900 mg/semaine x 4 doses - 1200 mg à la 5e semaine; puis 1200 mg aux 2 semaines
- 30 kg à moins de 40 kg - 600 mg/semaine x 2 doses - 900 mg à la 3e semaine; puis 900 mg aux 2 semaines
- 20 kg à moins de 30 kg - 600 mg/semaine x 2 doses - 600 mg à la 3e semaine; puis 600 mg aux 2 semaines
- 10 kg à moins de 20 kg - 600 mg/semaine x 1 dose - 300 mg à la 2e semaine; puis 300 mg aux 2 semaines
- 5 kg à moins de 10 kg - 300 mg/semaine x 1 dose - 300 mg à la 2e semaine; puis 300 mg aux 3 semaines
- Autre \_\_\_\_\_ pendant 12 mois

- Autre cas :** \_\_\_\_\_
- Posologie : \_\_\_\_\_

**Vaccin antiméningococcique**

**AVERTISSEMENT**

Tous les patients doivent avoir reçu un vaccin méningococcique au moins deux semaines avant l'administration de leur première dose de Soliris, tee à moins que le risque de retarder l'utilisation du médicament (Soliris) ne l'emporte sur le risque de contracter une infection à méningocoques; la revaccination doit être conforme aux directives médicales actuelles pour ce qui est de l'utilisation du vaccin.\*

Vacciné auparavant Date : \_\_\_\_\_

**Vaccin antiméningococcique, une fiole tel que prescrit :**

Patient âgé de  $\geq$  ans :  Menveo  Menactra

Autre : \_\_\_\_\_

Patient âgé de  $< 2$  ans :  Menveo

Autre : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_  
jj / mm / aa

**CONSENTEMENT DU PATIENT**

Consentement verbal du patient

Je comprends que OneSource Canada est mandatée par Alexion Pharma Canada (« Alexion ») pour aider les patients canadiens à obtenir l'accès à un traitement médical dans le cadre du programme OneSource.

Signature du patient ou de son représentant légal : \_\_\_\_\_ Date de la signature : \_\_\_\_\_  
jj / mm / aa

Adresse : \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT DU PATIENT

**OneSource Canada est le programme de soutien aux patients d'Alexion Pharma Canada fournissant de l'information, de l'éducation et de l'assistance.**

En signant ce formulaire d'autorisation et de consentement, vous permettez à ce que (1) les médecins et autres fournisseurs de soins de santé intervenant dans le traitement de votre condition médicale («fournisseurs»); (2) le distributeur, la pharmacie, la clinique de perfusion ou l'agence de santé à domicile qui fournissent ou distribuent votre traitement médical («distributeur»); et (3) votre assureur en matière de santé, payeur ou programme d'aide («payeur») divulguent l'information protégée sur la santé vous concernant à Alexion Pharma Canada incluant, sans y être limité, ses employés, affiliés, sous-traitants, agents ou autres représentants (ensemble «Alexion»), pour usage et divulgation tel que décrit ci-dessous.

L'information protégée sur la santé («information») qui pourra être divulguée inclut les rapports médicaux, commandes, ordonnances, dossiers, historiques, résultats, pronostics, plans de soins et feuilles médico-administratives, informations sur la facturation, réclamations d'assurance, et utilisation des rapports de révision. L'information incluse et couverte par l'autorisation et consentement inclut l'information fournie à Alexion par vous-même, les fournisseurs, les distributeurs et les payeurs. En signant l'autorisation et consentement, vous accordez à Alexion le droit d'utiliser et de divulguer l'information suivante :

**Coordination des soins :** entre vous, fournisseur, distributeur ou payeur pour la coordination de vos soins médicaux.

**Gestion thérapeutique ou renseignements au patient :** fournir de l'information, de l'éducation et des services de gestion thérapeutique à vous et votre représentant légal ou à tout autre fournisseur, distributeur ou payeur.

**Recherche clinique ou protocole de traitement :** vous informer, vous ou votre représentant légal, des études de recherche clinique, protocoles de traitements ou sondages reliés à la maladie.

**Vérification de votre couverture d'assurance :** réviser, vérifier et vous aider à comprendre les services pour lesquels votre assureur offre comme couverture d'assurance.

**Facturation et paiement :** coordonner la préparation et soumission de vos réclamations d'assurance, l'évaluation et la résolution des problèmes de facturation, ou obtention de tout paiement dû au fournisseur, au distributeur, au payeur ou à Alexion pour vos soins médicaux.

**Distribution du traitement hématologique :** coordonner la distribution et livraison de votre produit médical.

**Commandes de produit :** remplir les commandes de produit et répondre à vos questions au centre d'appels Alexion et aussi vous informer des autres services susceptibles de vous intéresser.

**Agences gouvernementales :** fournir l'information requise ou demandée par les représentants des agences gouvernementales.

**Autre utilisation de l'information :** rendre les renseignements vous concernant anonymes afin de poursuivre des recherches cliniques, élaborer de l'information aux patients et à la communauté, développer des protocoles cliniques, mener des études de marketing, ou pour d'autres buts commerciaux déterminés par Alexion.

**Transfert de données personnelles :** transférer l'information entre les provinces du Canada et transférer l'information hors du Canada. En plus, l'autorisation et le consentement accordent que l'information puisse être conservée à l'extérieur du Canada au nom d'Alexion.

Cette autorisation et ce consentement peuvent être révoqués par moi-même en tout temps en envoyant un avis écrit à Alexion.

### **Indication de SOLIRIS<sup>MD</sup> (eculizumab)**

SOLIRIS<sup>MD</sup> (eculizumab), indiqué dans le syndrome hémolytique et urémique atypique (SHU atypique) chez l'enfant de moins de 13 ans et/ou pesant moins de 40 kg, a reçu une autorisation de commercialisation avec conditions, en attendant les résultats d'études qui confirmeraient son bienfait clinique. Les patients doivent être mis au courant de la nature de cette autorisation. Pour de plus amples renseignements sur SOLIRIS, se reporter à l'avis de conformité avec conditions de Santé Canada.

Site Internet des produits thérapeutiques : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/notices-avis/conditions/index-fra.php>.

SOLIRIS<sup>MD</sup> (eculizumab) a reçu une autorisation de commercialisation sans condition pour les adultes et les adolescents âgés de 13 à 17 ans pesant plus de 40 kg, atteints de syndrome hémolytique et urémique atypique (SHU atypique) ou d'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN).