



RÉSEAU DE SOINS AUX PATIENTS TRAITÉS PAR AA-CLOZAPINE - ENREGISTREMENT D'UN PATIENT

Téléphone : 1-877-276-2569 / Télécopieur : 1-866-836-6778 / Site Web : www.aaspirer.ca

1165 Creditstone Rd., Unité 1, Vaughan, Ontario L4K 4N7

19-AA054_AAC0350E1

NIP DU PATIENT ASSIGNÉ PAR AA-CLOZAPINE :

Grid for patient NIP (National Identification Number)

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

La personne autorisée à prescrire est responsable d'enregistrer le patient au Réseau de soins aux patients traités par AA-Clozapine. Veuillez cocher une case :

- Options for patient status: New patient, Reprise du traitement, Modification du partenaire, Hospitalisation liée à AA-Clozapine.

1 ENREGISTREMENT - PATIENT

Registration form for patient: Initials, Date of birth, Sex, Ethnicity, Status, Health card number, Frequency of surveillance, Reference date, and lab values.

Remarque : Les nouveaux enregistrements et les réintroductions du traitement exigent une numération leucocytaire avec différentiels datés au cours des 4 semaines précédentes.

3 ÉQUIPE DES RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES DU PATIENT - ENREGISTREMENT DE LA PERSONNE AUTORISÉE À PRESCRIRE

Registration form for prescriber: Name, Type of person, License number, Site name, Address, City, Phone, Fax, and Email.

Déclaration de la personne autorisée à prescrire

En ma qualité de médecin traitant, d'infirmière praticienne autorisée ou de pharmacien* autorisé, je m'assure que les analyses sanguines (numération formule sanguine et numération de formule leucocytaire) de ce patient seront effectuées conformément aux exigences de la monographie d'AA-Clozapine.

* Dans certaines provinces, conformément aux lignes directrices et aux règlements des ordres régissant la profession d'infirmière ainsi que les pharmaciens dans lesdites provinces.

En cochant cette case, j'autorise le laboratoire à communiquer à AA-Pharma (1-866-836-6778) tous les résultats de numération formule sanguine et de numération de formule leucocytaire de ces patients.

Signature de la personne autorisée à prescrire :

2 ÉQUIPE DES RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES DU PATIENT - ENREGISTREMENT DU PHARMACIEN

Registration form for pharmacist: Name, License number, Designation, Pharmacy name, Address, City, Phone, Fax, and Email.

Je confirme que tous les pharmaciens autorisés à dispenser des médicaments dans cette pharmacie ne délivreront AA-Clozapine à la fréquence prescrite que sur confirmation que le patient a subi un prélèvement sanguin aux fins de numération formule sanguine et de numération de formule leucocytaire pour la période en cours.

Date : / / Signature du pharmacien :

4 ÉQUIPE DES RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES DU PATIENT - ENREGISTREMENT DU LABORATOIRE ET DU COORDONNATEUR

Registration form for laboratory/coordinateur: Name, Address, City, Phone, Fax, and Email.

REMARQUE : Veuillez vous assurer qu'AA Pharma a été ajouté sur la requête du laboratoire pour que nous puissions recevoir une copie des résultats de numération formule sanguine du patient.

DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

- Legal disclosure of information regarding patient consent, data handling, and privacy policies.