



# Le réseau de soins aux patients traités par AA-Clozapine - INSCRIPTION DU PATIENT

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

1165 Creditstone Rd., Unit 1, Vaughan, ON L4K 4N7

17-AA004\_AAC0350F1

## NIP DU PATIENT ASSIGNÉ PAR AA-CLOZAPINE :

**Le médecin est responsable d'enregistrer le patient au Le réseau de soins aux patients traités par AA-Clozapine. Veuillez cocher une des cases suivantes :**

Nouveau patient à AA-Clozapine

Reprise d'un traitement

Modification d'un patient déjà inscrit

Arrêt

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

## 1 INSCRIPTION DU PATIENT

Initiales : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Pré. 2<sup>ème</sup> Pré Nom de f. JJ MMM AAAA

Sexe : M F Autres : \_\_\_\_\_

Appartenance ethnique : Blanc Asiatique  
Noir Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

Statut : Hospitalisé Ambulatoire Pas d'interruption au traitement

N° d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Fréquence de la surveillance : Hebdomadaire Bimensuel Aux quatre semaines

**Cessation (si le patient cesse AA-Clozapine) :**  
Date de cessation AA-Clozapine : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
JJ MMM AAAA

Raison de cessation (S.V.P. IMPRIMER) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_  
S.V.P. IMPRIMER

Titre : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
S.V.P. IMPRIMER

## 3 ÉQUIPE DES RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES DU PATIENT-INSCRIPTION DU MÉDECIN

Si le médecin a déjà été inscrit, veuillez indiquer seulement le NIP du médecin et signer :

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

N° du permis d'exercice provincial : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
Prov: Code Postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Tél : - - Poste : \_\_\_\_\_

Télé : - -

Courriel : \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**  
En ma qualité de médecin traitant, je veillerai à ce qu'un effectue des analyses sanguines (numération des leucocytes et formule sanguine complète) à la fréquence précisée pour le patient identifié ci-dessus conformément aux exigences mentionnées dans les monographies de produit relatives à la clozapine. Je reconnais qu'aucune pharmacie ne dispensera une marque quelconque de clozapine à mon patient sans que j'en aie d'abord connaissance ni sans que j'aie d'abord donné ma permission quant à la marque à dispenser. Ce faisant, je serai capable d'indiquer au laboratoire de transmettre les résultats des analyses effectuées pour mon patient dans la base de données du bon fabricant de clozapine. Je ne prescrirai pas de clozapine jusqu'à ce que le statut du patient quant à la non-réadmissibilité au traitement ait été vérifié. J'ai informé le patient et il ne s'est pas opposé à la transmission des renseignements d'innocuité pertinents conservés dans une base de données sur la clozapine dans toute autre base de données sur la clozapine d'un fabricant agréé de clozapine au Canada, en cas de nécessité pour l'utilisation sécuritaire du médicament ou pour la surveillance continue du patient. L'information qui peut être transmise comprend le statut hématochimique du patient et le statut de celui-ci quant à la non-réadmissibilité au traitement, la numération leucocytaire et la numération absolue des neutrophiles, les dates et d'autres renseignements susceptibles d'être pertinents pour assurer l'innocuité du traitement avec la clozapine chez le patient. Je consens à adhérer aux lignes directrices relatives à la surveillance hématochimique pour l'usage d'AA-CLOZAPINE telles qu'elles sont énoncées dans la notice d'accompagnement du produit.

← En cochant cette boîte, j'autorise le laboratoire à copier les résultats hématologiques à AA Pharma 1-866-836-6778 pour tous les tests sanguins.

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
JJ MMM AAAA

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

### DIVULGATION D'INFORMATION

- a) J'ai pris connaissance de la monographie du produit AA-CLOZAPINE d'AA Pharma et je la comprends.
- b) Je reconnais que l'utilisation d'AA-CLOZAPINE peut entraîner une agranulocytose mortelle et qu'il faut admettre tous les patients sous AA-CLOZAPINE dans Le réseau de soins aux patients traités par AA-CLOZAPINE afin d'aider à réduire le risque qu'un patient non admissible à la reprise du traitement réutilise la clozapine. Je reconnais que les patients inscrits sur la liste des patients non réadmissibles au traitement ont présenté antérieurement une numération des leucocytes ou une numération absolue des neutrophiles inacceptable ou encore une myocardite consécutive à la prise de clozapine, telle qu'elle est définie dans la monographie du produit AA-CLOZAPINE.
- c) Je reconnais que l'admissibilité du patient à la reprise du traitement sera vérifiée avant le début de celui-ci pour tous les patients qui l'ont reçu une première fois ou pour les patients dont l'histoire thérapeutique par rapport à la clozapine est inconnue ou interrompue.

- d) Je prescrirai AA-CLOZAPINE, en tant que médecin, seulement après avoir reçu un NIP du Le réseau de soins aux patients traités par AA-CLOZAPINE.
- e) Je consens à notifier Le réseau de soins aux patients traités par AA-CLOZAPINE de toute interruption ou de tout abandon du traitement avec AA CLOZAPINE chez un patient.
- f) Je m'assurerais, en tant que médecin, si la patiente est une femme, qu'elle n'est pas enceinte et qu'elle n'allait pas au sein.
- g) Je délivrerai AA-CLOZAPINE, en tant que pharmacien, seulement après avoir reçu un NIP du Le réseau de soins aux patients traités par AA CLOZAPINE.
- h) Je consens à m'assurer que les tests hématologiques seront effectués à la fréquence exigée (conformément à la monographie de produit) et à présenter à AA Pharma des exemplaires de tous les rapports de laboratoire relatifs à la numération des leucocytes et à la numération absolue des neutrophiles, dans un délai de 7 jours.

- i) Je consens à présenter les quatre rapports de laboratoire hebdomadaires exigés contenant la numération des leucocytes et la numération absolue des neutrophiles après qu'un patient aura abandonné le traitement avec AA-CLOZAPINE.
- j) Je reconnais que Le réseau de soins aux patients traités par AA-CLOZAPINE surveillera la conformité aux exigences de déclaration et notifiera le médecin ou le pharmacien du patient, ou les deux, de toute disparité ou de tout non-respect des échéances pour les rapports de laboratoire.
- k) En cas d'agranulocytose, de myocardite induite par la clozapine ou de tout autre événement grave, y compris un manque d'efficacité du médicament et toute hospitalisation associée à la clozapine, je consens à remplir le ou les formulaires d'événement indésirable grave et à envoyer ces formulaires directement au Le réseau de soins aux patients traités par AA-CLOZAPINE dans les 24 heures suivantes, par télécopieur au 1-866-836-6778 ou à signaler cet événement par téléphone en composant le 1-877-276-2569.

## 2 ÉQUIPE DES RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES DU PATIENT INSCRIPTION DU PHARMACIEN

Si le pharmacien a déjà été inscrit, veuillez indiquer seulement le NIP du pharmacien et signer :

Nom du Pharmacien : \_\_\_\_\_

N° du permis d'exercice : \_\_\_\_\_

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
Prov: Code Postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Tél : - - Poste : \_\_\_\_\_

Télé : - -

Courriel : \_\_\_\_\_

Si vous désirez l'accès au site AA-Clozapine :  Nouvel utilisateur  Visualisation seulement  Visualisation + écriture

Je confirme que tous les pharmaciens autorisés à servir des médicaments dans cette pharmacie, serviront AA-Clozapine seulement à la fréquence prescrite sur réception et confirmation que le patient a subi un prélèvement sanguin en vue d'une numération et d'une formule leucocytaires. Si applicable, je confirme aussi la responsabilité pour toutes les actions faites par l'accès au site AA-Clozapine.

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature du pharmacien : \_\_\_\_\_  
JJ MMM AAAA

## 4 ÉQUIPE DES RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES DU PATIENT-INSCRIPTION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DU LABORATOIRE

Si le laboratoire a déjà été inscrit, veuillez indiquer le NIP du laboratoire :

Nom du laboratoire : \_\_\_\_\_

Tél : - - Poste : \_\_\_\_\_

Télé : - -

**Si le coordonnateur(trice) a déjà été inscrit, veuillez indiquer le NIP du site du coordonnateur(trice) :**

Nom du coordonnateur (Trice) : \_\_\_\_\_

Établissement ou salle affiliée : \_\_\_\_\_

Tél : - - Poste : \_\_\_\_\_

Télé : - -

Si vous désirez l'accès au site AA-Clozapine :  Nouvel utilisateur  Visualisation seulement  Visualisation + écriture

Signature du coordonnateur (Trice) : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ NOTER : Veuillez assurer qu'AA Pharma est ajouté sur la requête du laboratoire pour qu'on puisse recevoir les résultats sanguins.**

**NOTEZ QUE POUR ENREGISTRER UN NOUVEAU PATIENT OU REPRENDRE UN TRAITEMENT, DES TESTS SANGUINS FAITS DANS LES 30 DERNIERS JOURS SONT EXIGÉS.**