

- Inscription (Veuillez remplir les sections 1-4)  
 Modification (Veuillez remplir et signer les sections pertinentes)  
 Arrêt du traitement (Veuillez remplir les sections 1 et 5)

**SECTION 1. Renseignements sur le patient**

Nouveau  Reprise  Numéro RASC<sup>MD</sup> antérieur, si connu :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Traité avec clozapine depuis : \_\_\_\_\_

Fréquence: 7  14  28

Initiales du patient : \_\_\_\_\_

Prénom ou initiale

Nom ou initiale

Date de naissance : \_\_\_\_\_

an mois jour

Carte d'ass. maladie / # Dossier

Sexe :  M  F État :  Hospitalisé

Externe

Race :  Noire  Blanche  Asiatique  Autre (préciser): \_\_\_\_\_

# Copaiement

**SECTION 2. Établissement**

Établissement : \_\_\_\_\_

Établissement affilié : \_\_\_\_\_

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

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

Prov. : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

Télé. : \_\_\_\_\_

Laboratoire : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Télé. : \_\_\_\_\_

**Coordonnateur local**

Nom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

Télé. : \_\_\_\_\_

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

**SECTION 3. Doit être complétée et signée par le pharmacien en chef ou son délégué**

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_

N°. de permis : \_\_\_\_\_

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

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

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

Prov. : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

Télé. : \_\_\_\_\_

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

J'accepte de remettre CLOZARIL<sup>MD</sup> chaque semaine, toutes les deux semaines ou toutes les quatre semaines après avoir reçu confirmation du prélèvement sanguin pour la période prévue.

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du pharmacien

an mois jour

**SECTION 4. Doit être remplie et signée par le médecin traitant ou l'infirmier(ère) praticien(ne)<sup>†</sup>**

Je m'assurerai, à titre de médecin traitant ou d'infirmier(ère) praticien(ne), que les analyses sanguines (décompte des leucocytes et différentielle) de ce patient/patiente (identifié(e) ci-dessus), telles que requises par la monographie de CLOZARIL<sup>MD</sup>, seront effectuées à la fréquence recommandée. Je comprends qu'aucune pharmacie ne distribuera aucune autre marque de clozapine à mon patient/ma patiente sans ma connaissance et ma permission préalable de la marque à distribuer. De cette façon, je serai en mesure d'informer le laboratoire d'envoyer les résultats des analyses sanguines de mon patient/ma patiente à la base de données de clozapine du fabricant approprié (RASC<sup>MD</sup>). Je ne prescrirai pas de CLOZARIL<sup>MD</sup> jusqu'à ce que l'état de non-reprise du traitement de ce patient soit vérifié.

J'ai informé le patient ou la patiente et cette personne ne s'est pas objectée à la publication de toute information pertinente à la sécurité, au RASC<sup>MD</sup>, détenue dans une autre base de données d'un fabricant autorisé de clozapine au Canada, si cette information est nécessaire pour l'utilisation sécuritaire de ce médicament et/ou pour la surveillance continue du patient ou de la patiente par le RASC<sup>MD</sup>. L'information qui pourra être transmise comprend l'état de non-reprise du traitement/l'état hématologique du patient ou de la patiente, les résultats des décomptes des neutrophiles et des globules blancs totaux, les dates et d'autres renseignements qui pourraient être pertinents pour la continuité des soins du patient prenant le CLOZARIL<sup>MD</sup>. Je confirme que j'ai informé de façon appropriée le patient ou la patiente sur l'objectif et le contenu du service de surveillance de RASC<sup>MD</sup>.

Nom du médecin ou de l'infirmier(ère) praticien(ne) : \_\_\_\_\_

No. de permis prov. : \_\_\_\_\_

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

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

Prov. : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. : (bureau) : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

Télé. : \_\_\_\_\_

Tél. : (autre) : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du médecin ou de l'infirmier(ère) praticien(ne)

an mois jour

**SECTION 5. Arrêt du traitement : Le traitement de CLOZARIL<sup>MD</sup> a été cessé en raison de :**

- Inobservance thérapeutique  
 Troubles hématologiques (préciser) \_\_\_\_\_  
 Autre (préciser) \_\_\_\_\_  
 Effets secondaires  Bénins  Sérieux Préciser : \_\_\_\_\_

Date de l'arrêt du traitement :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

an mois jour

Rempli par : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

Pour toute information concernant notre Politique de Confidentialité - Patients, veuillez consulter notre Politique de Confidentialité au [www.hlstherapeutics.com/fr/](http://www.hlstherapeutics.com/fr/)

<sup>†</sup> Selon certaines provinces. Selon les directives et règlements de l'Ordre des infirmières et infirmiers pour les provinces pertinentes.