

- Inscription                       Modification  
 Transfert / Congé de l'hôpital     Arrêt du traitement

Pour la C.-B. seulement, télécopiez à :  
1-604-689-1262

\* Pour la sécurité des patients, veuillez-vous assurer que RASC<sup>MD</sup> (Téléc. 1-800-465-1312) est copié sur les requêtes de FSC, incluant différentiel.

<b>SECTION 1. Renseignement sur le patient</b> Nouveau <input type="checkbox"/> Reprise <input type="checkbox"/> Numéro RASC <sup>MD</sup> antérieur si connue: <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>		<b>Pour poursuivre le traitement d'un autre manufacturier :</b> Traité avec clozapine depuis : <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
Initiales du patient: <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>		Fréquence: 7 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/>	
Date de naissance: <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>		Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    Statut: <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Externe	
Race: <input type="checkbox"/> Noire <input type="checkbox"/> Blanche <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Autre (préciser): _____		# Copaiement: _____	
<b>VALEURS DE DEPART FSC &amp; DIFF.:</b> Date de prélèvement: <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>		Leucocytes (GB)	Neutrophiles (NAN)
		X 10 <sup>9</sup> /L	X 10 <sup>9</sup> /L
<b>SECTION 2. Établissement/Laboratoire/Personne-ressource principale</b>			
Établissement : _____		Établissement Affilié : _____	
Adresse : _____		Ville : _____ Prov. : _____ Code Postal : _____	
Tél. : _____		Poste : _____ Téléc. : _____	
Laboratoire : _____		Tél. : _____ Téléc. : _____	
Coordonnateur local/Chargé de dossier/Personne-ressource principale		Nom: _____	
Courriel : _____		Tél. : _____ Poste : _____ Téléc. : _____	
<b>SECTION 3. Pour inscrire la pharmacie. Doit être complété et signé par le pharmacien(ne) en chef ou un délégué</b>			
Nom du pharmacien(ne) : _____		No de permis : _____	
Nom de la pharmacie : _____		Adresse : _____	
Ville: _____		Prov.: _____ Code Postal : _____	
Tél. : _____		Poste : _____ Téléc. : _____	
Courriel : _____			
Le pharmacien 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. Le changement de traitement d'un patient ou d'une patiente d'une marque de clozapine à une autre ne doit pas être effectué par un pharmacien à moins qu'il ou elle n'obtienne un nouveau formulaire d'inscription du patient propre au nouveau registre et rempli par le prescripteur <sup>1</sup> .			
_____		Date : <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
Signature du pharmacien(en)			
<b>SECTION 4. Doit être remplie et signée par le prescripteur(trice)</b>			
Je m'assurerai, à titre de prescripteur(trice), que les analyses sanguines (décompte des leucocytes avec différentiel) de ce patient/patiente (identifié(e) ci-dessus) seront effectuées à la fréquence recommandée, conformément à la monographie de produit CLOZARIL <sup>MD</sup> . Je comprends qu'aucune pharmacie ne distribuera aucune autre marque de clozapine à mon patient/ma patiente à mon insu et sans mon autorisation. De cette façon, je serai en mesure d'informer le laboratoire d'envoyer les résultats des analyses sanguines de mon patient 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 et il ne s'est pas objecté à la divulgation ou à l'échange de renseignements personnels pertinents, incluant des renseignements médicaux, entre le RASC <sup>MD</sup> et d'autres sources permettant d'obtenir de telles informations, incluant les laboratoires, les autres registres de clozapine et les professionnels de la santé, tel que requis pour l'utilisation sécuritaire du traitement et/ou pour la continuité du suivi du patient par le RASC <sup>MD</sup> . L'information qui pourrait être divulguée ou échangée comprend l'état de non-reprise du traitement/le statut hématologique du patient, les résultats des décomptes des globules blancs et des neutrophiles absolus, les dates et tout autre renseignement pertinent pour la continuité des soins du patient sous CLOZARIL <sup>MD</sup> . J'ai aussi informé le patient que ce consentement relatif aux informations personnelles demeurera valide tant qu'il sera dans le programme RASC <sup>MD</sup> , et pour un délai raisonnable après qu'il aura cessé le traitement par CLOZARIL <sup>MD</sup> , à des fins administratives.			
Nom du prescripteur(trice) : _____		N° de permis prov. : _____	
Adresse : _____		Ville : _____ Prov.: _____ Code postal : _____	
Tél. : _____		Poste : _____ Téléc. : _____	
Courriel : _____			
_____		Date : <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
Signature du prescripteur(trice)			
<b>SECTION 5. Arrêt du traitement : Le traitement de CLOZARIL<sup>MD</sup> a été cessé principalement en raison de :</b>			
<input type="checkbox"/> Inobservance thérapeutique <input type="checkbox"/> Avec les prises de sang <input type="checkbox"/> Avec la médication <input type="checkbox"/> Les deux		Date de l'arrêt du traitement :	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____		<table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
Remplie par : _____		Tél. : _____ Poste : _____	
		AA      MM      JJ	