

TÉLÉCOPIEZ CE FORMULAIRE DUMENT REMPLI AU 1-833-951-2483; POUR PARLER À UN REPRÉSENTANT DU PROGRAMME, COMPOSEZ LE 1-833-951-2482 (SANS FRAIS), DU LUNDI AU VENDREDI (DE 8 H À 20 H, HEURE DE L'EST)

Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Section 1 : Renseignements sur le patient

Nom de famille* :		Prénom* :	
Date de naissance (JJ/MOIS/AAAA)* :		Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Adresse* :		Ville/Province* :	Code postal* :
Numéro de téléphone principal* :		Numéro de téléphone secondaire :	Courriel :
Méthode de communication à privilégier : <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel		Meilleur moment pour joindre le participant : <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Ne pas laisser de message	
Nom d'une autre personne-ressource :		Autre numéro de téléphone :	

Couverture par un tiers*

Demandez au patient de vous fournir toutes les informations relatives à sa couverture par un régime d'assurance privé. Ce patient est couvert par le régime d'assurance privé suivant :

	Assureur	Nom du participant au régime	N° de police	N° de certificat	Formulaire d'autorisation préalable envoyé?
Régime d'assurance principal					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Régime d'assurance secondaire					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Section 2 : Renseignements sur le médecin prescripteur

Nom de famille* :		Prénom* :	
Adresse* :		Ville/Province* :	Code postal* :
Numéro de téléphone* :	Numéro de télécopieur* :	Courriel :	Méthode de communication à privilégier : <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Télécopieur
Nom de la personne-ressource principale (si différent du médecin prescripteur) :			
Numéro de téléphone* :	Numéro de télécopieur* :	Courriel :	Méthode de communication à privilégier : <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Télécopieur

Section 3 : Informations cliniques et ordonnance*

REBLOZYL (luspatercept) est offert en 2 concentrations (flacons de 25 mg et de 75 mg).

Patient adulte présentant une anémie dépendante des transfusions qui nécessitent au moins deux unités de globules rouges sur une période de 8 semaines, attribuable à un syndrome myélodysplasique (SMD) de risque très faible à intermédiaire avec sidéroblastes en couronne chez un traitement à base d'érythropoïétine a échoué ou ne convient pas.

Anémie dépendante des transfusions nécessitant des unités de GR

2-3 unités sur une période de 8 semaines 4-5 unités sur une période de 8 semaines ≥ 6 unités sur une période de 8 semaines

Pourcentage de sidéroblastes en couronne

≥ 5 % avec mutation *SF3B1* ≥ 15 %

IPSS-R prognostic risk score

Très faible risque (≤ 1,5) Faible risque (> 1,5-3) Risque intermédiaire (> 3-4,5)

Prise antérieure d'agents stimulants érythroïdes

Échec du traitement antérieur à base d'érythropoïétine Traitement à base d'érythropoïétine ne convient pas

Concentration requise

Dose de départ recommandée[†] :
 1,0 mg/kg toutes les 3 semaines par injection SC

Date prévue de début du traitement : _____

Dose valide pour un maximum de 8 cycles de traitement

Poids du patient : _____ kg

Sinon, veuillez préciser :

Dates de la mesure du poids (JJ/MOIS/AAAA) : _____

Le formulaire d'autorisation à injecter est utilisé lorsque votre patient reçoit ses injections de REBLOZYL. Le Programme vous enverra ce formulaire à votre convenance. Veuillez indiquer votre préférence :

OPTION 1 : Veuillez m'envoyer **UN SEUL** formulaire d'autorisation à injecter à remplir tous les 8 cycles.

OPTION 2 : Veuillez m'envoyer un formulaire d'autorisation à injecter à remplir **AVANT CHAQUE INJECTION.**

Clinique d'injection privilégiée* Clinique privée affiliée au PSP pour REBLOZYL Clinique du prescripteur (veuillez préciser) :

Surveiller la tension artérielle et évaluer les taux d'hémoglobine (Hb) avant chaque administration. Si une transfusion de globules rouges a eu lieu avant l'administration, le taux d'Hb préalable à la transfusion doit être pris en considération pour déterminer la posologie. Veuillez consulter la monographie de produit pour les recommandations complètes sur la posologie et l'administration.

En apposant ma signature ci-dessous, je reconnais être responsable d'informer le Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL de tout changement apporté au schéma posologique prescrit pour REBLOZYL pour le présent patient à la suite de l'examen et de l'évaluation des analyses sanguines du patient avant chaque injection. En l'absence de tout changement signalé par le médecin au Programme, comme un ajustement de la dose du patient ou l'arrêt du traitement en fonction de la réponse du patient au traitement par REBLOZYL, le Programme doit administrer la dose au patient conformément à mes instructions les plus récentes.

J'atteste que je suis le médecin prescripteur.

Je confirme avoir reçu ces outils de réduction des risques liés à REBLOZYL pour aider mon patient durant son traitement* : Liste de vérification du prescripteur et Carte du patient* :

Signature* : _____ Date (JJ/MOIS/AAAA)* : _____

N° de permis d'exercice du médecin* : _____

ASE : agent stimulant l'érythropoïèse; GR : globules rouges; IPSS-R : International Prognostic Scoring System-Revised (score pronostique international révisé); SC : sous-cutanée.

[†] S'il y a une augmentation du taux d'Hb > 20 g/L dans les 3 semaines suivant la dose précédente, et en l'absence de transfusion, réduire la dose conformément aux recommandations pour les ajustements posologiques contenues dans la monographie de produit.

[‡] Vous pouvez obtenir des copies des outils de réduction des risques liés à REBLOZYL en contactant le Service de l'information médicale de Bristol-Myers Squibb Canada par téléphone (1-866-463-6267) ou par courriel (medical.canada@bms.com).

