



Bristol Myers Squibb^{MC}

Programme de soutien aux patients >

Votre patient. Notre engagement.

Le Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL^{MD}

Du soutien pour vous et vos patients tout au long du traitement par REBLOZYL

Visitez REBLOZYL.ca pour télécharger les ressources sur le PSP mentionnées dans cette présentation



1-833-951-2482



1-833-951-2483

Table des matières

Aperçu	>
Services offerts à vos patients	>
Cheminement dans le programme	>
> Pour les cliniques privées	
> Pour les cliniques externes	
Processus d'inscription	>
> Formulaire d'inscription	
> Outils sur la réduction des risques	
> Autres formulaires	

Pour une utilisation en réponse aux demandes spontanées seulement. Les programmes décrits dans ce document peuvent être modifiés et/ou annulés à tout moment, à la discrétion de BMS.

Conçu pour soutenir vos patients auxquels REBLOZYL (luspatercept pour injection) a été prescrit

B-thalassémie

- le traitement des patients adultes présentant une anémie dépendante des transfusions de globules rouges (GR) associée à une bêta (B)-thalassémie.

SMD avec sidéroblastes en couronne

- le traitement des patients adultes 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 qui ont échoué un traitement à base d'érythropoïétine ou dont le traitement à base d'érythropoïétine ne leur convient pas.

Le programme n'est pas destiné à fournir un avis médical ou un diagnostic. Aucun coût n'est lié à l'inscription au programme.



Services offerts à vos patients



Appel de bienvenue

Votre patient recevra un appel de bienvenue du Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL dans un délai d'un jour ouvrable suivant la réception du formulaire d'inscription rempli. Au cours de cet appel, l'infirmière gestionnaire de cas attitrée présentera les services du Programme et confirmera tout renseignement requis.



Outils éducatifs et soutien

Des outils et des documents éducatifs sur REBLOZYL seront remis aux patients pour leur permettre d'en apprendre davantage sur le traitement et faciliter les discussions durant les rendez-vous.



Assistance pour le remboursement (le cas échéant)

Le cas échéant, une assistance pour le remboursement sera fournie pour les régimes privés et publics*. Une aide au remboursement de la quote-part peut être offerte pour aider les patients admissibles à assumer les coûts du traitement†.

* Une enquête complète et une autorisation spéciale peuvent être requises pour les régimes d'assurance privés.

† Le programme contribuera au remboursement de la quote-part en fonction de la couverture d'assurance de chaque patient.

‡ Le système de distribution adapté ne s'applique qu'aux cliniques privées. Il faut déterminer la clinique la plus près du domicile du patient pour l'administration du traitement.



Soutien aux patients

Le Programme sera disponible de 8 h à 20 h (heure de l'Est) pour répondre aux questions ou aux préoccupations des patients concernant le traitement.



Distribution et livraison

Chaque patient disposera d'un système de distribution adapté (s'il y a lieu) et aura accès aux services d'injection du programme‡.

Communiquez avec le Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL



1-833-951-2482

(pour des questions ou des préoccupations)



1-833-951-2483

(pour soumettre le formulaire d'inscription rempli)



Cheminement dans le programme

Nous soutenons les soins à vos patients en

1

confirmant l'inscription du patient. Le patient recevra également un appel de bienvenue de la part du personnel du programme 1 jour ouvrable après que celui-ci aura reçu le formulaire d'inscription rempli.

2

fournissant une assistance pour le remboursement (s'il y a lieu) afin d'étudier les options de couverture (régimes publics et privés) pour vos patients. Le programme fournira également une mise à jour sur les options de remboursement de vos patients.

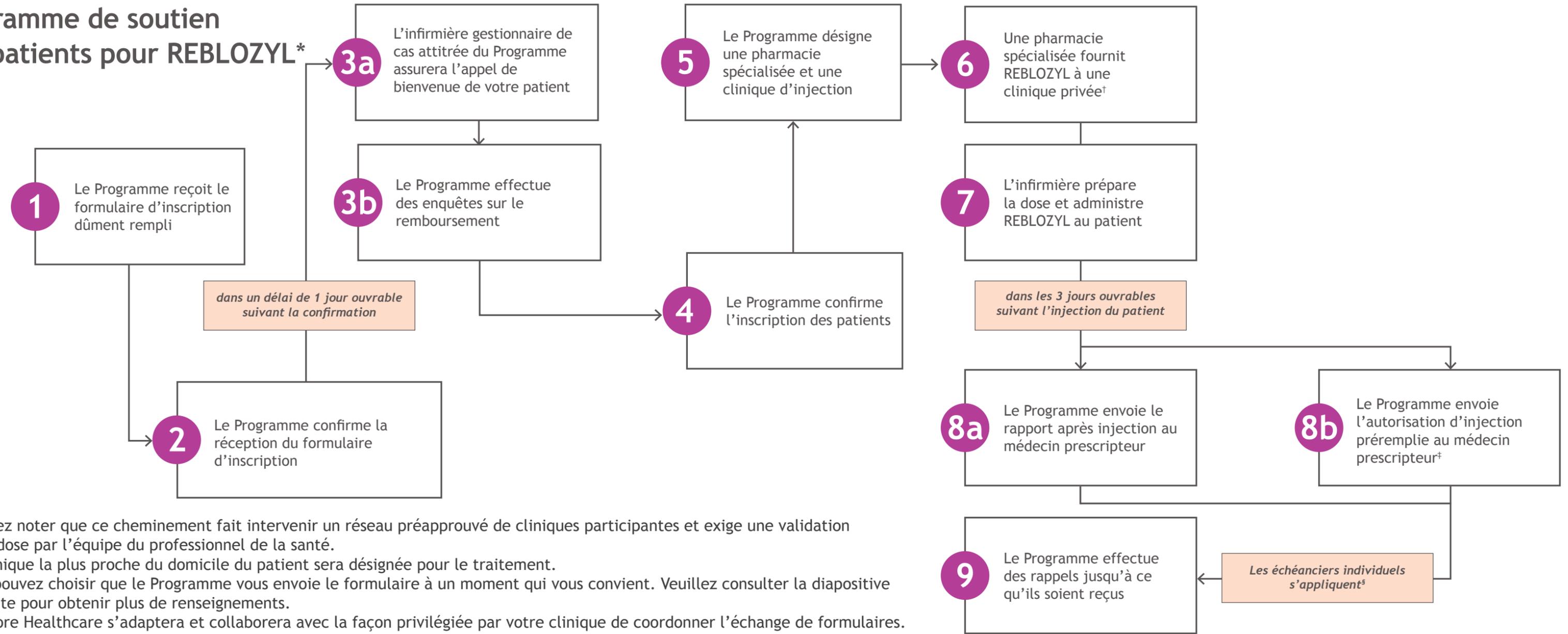
3

facilitant l'accès à REBLOZYL à votre clinique préférée. Le programme facilitera la distribution et la livraison de REBLOZYL aux cliniques participantes de même que les discussions avec vos patients.



Pour les cliniques privées

Cheminement dans le Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL*



* Veuillez noter que ce cheminement fait intervenir un réseau préapprouvé de cliniques participantes et exige une validation de la dose par l'équipe du professionnel de la santé.

† La clinique la plus proche du domicile du patient sera désignée pour le traitement.

‡ Vous pouvez choisir que le Programme vous envoie le formulaire à un moment qui vous convient. Veuillez consulter la diapositive suivante pour obtenir plus de renseignements.

§ Bayshore Healthcare s'adaptera et collaborera avec la façon privilégiée par votre clinique de coordonner l'échange de formulaires.



Processus de documentation pour les cliniques privées

Une fois

Lors de l'inscription



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

- Remplissez le formulaire et tous les champs obligatoires
- La posologie indiquée dans ce formulaire sera valide jusqu'à 8 cycles posologiques (24 semaines), sauf indication contraire
- Comprend une ordonnance pour la première dose et une case à cocher pour confirmer que les outils de réduction des risques ont été reçus

Toutes les 3 semaines

Après chaque injection



RAPPORT SUR L'INJECTION

- Le Programme remplira ce formulaire et l'enverra à la clinique du médecin prescripteur après chaque injection

Toutes les 24 semaines (8 cycles posologiques)
ou au moment de modifier la dose



AUTORISATION D'INJECTION

- Ce formulaire doit être rempli **SEULEMENT** lors de l'un des cas suivants :
 - Après une période de 8 cycles posologiques (24 semaines)
 - Lors d'une modification de dose
 - Selon votre préférence indiquée dans le formulaire d'inscription†
- Le Programme vous avertira lorsque la période de 24 semaines arrivera à terme et vous enverra un formulaire de renouvellement prérempli‡
- Le formulaire rempli **DOIT** être renvoyé au Programme au moins 3 jours ouvrables avant la prochaine injection

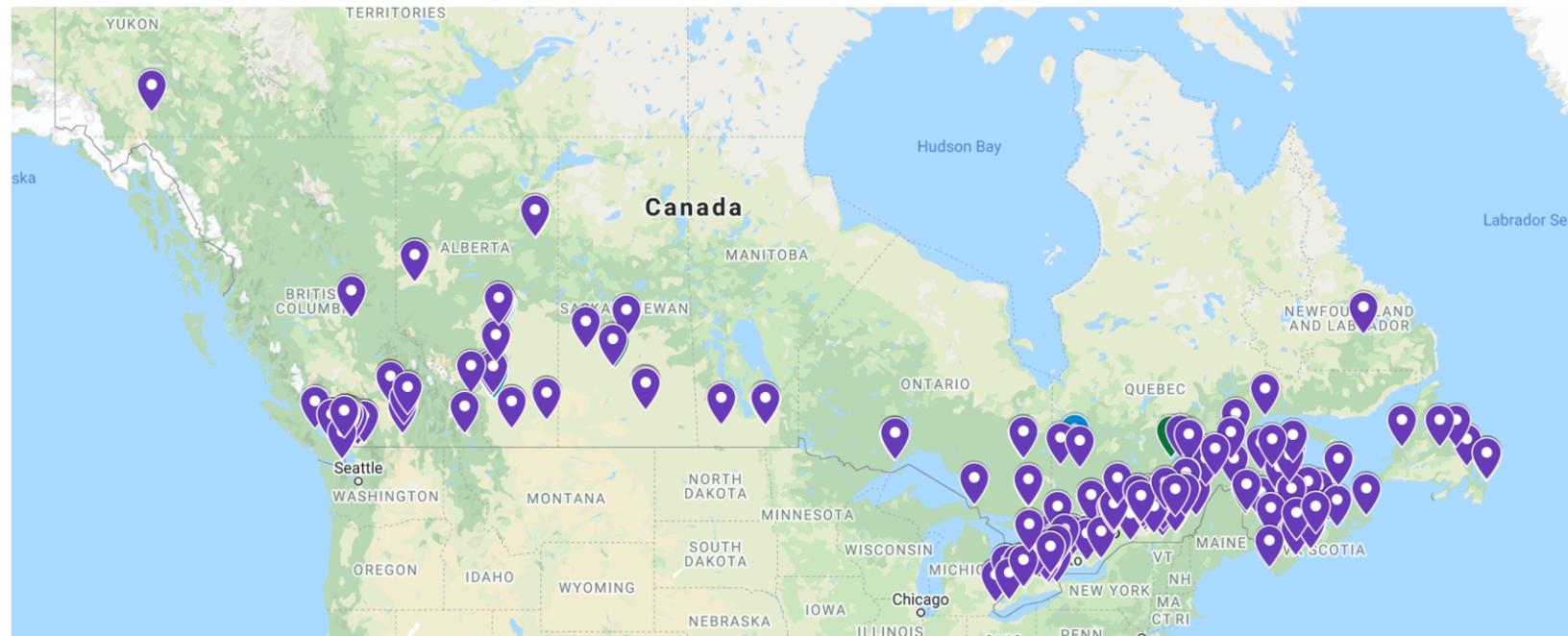
† Les professionnels de la santé peuvent choisir de recevoir le formulaire d'autorisation d'injection plus fréquemment en remplissant la section 3 (*Informations cliniques et ordonnance*) du formulaire d'inscription.

‡ Avant la période de renouvellement suivante, le Programme avertira la personne-ressource principale du patient indiquée à la section 2 (*Renseignements sur le médecin prescripteur*) du formulaire d'inscription.



Élargir l'accès à REBLOZYL aux patients de partout au Canada

En partenariat avec le réseau de cliniques Bayshore et des cliniques sous contrat



REBLOZYL est offert partout au Canada par l'entremise du Programme de soutien aux patients et de Bayshore Healthcare.

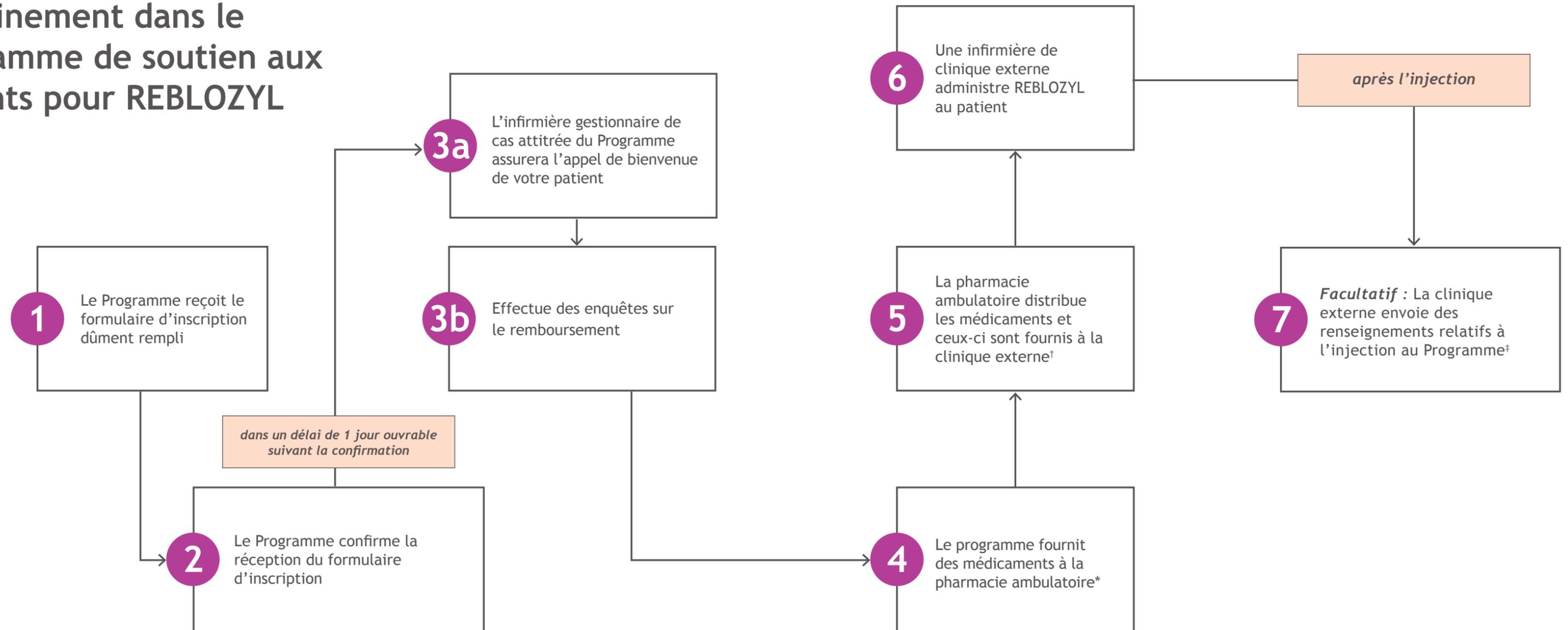
-  Cliniques Bayshore
-  Innomar Clinics^{MC}
-  Cliniques INVIVA
-  Clinique de soins spécialisés de l'Est du Québec (CSSEQ)*

* Cliniques sous contrat associées à la distribution de REBLOZYL au Canada.



Pour les cliniques externes

Cheminement dans le Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL



* Veuillez noter que la coordination à cette clinique pourrait exiger une formation et du matériel supplémentaire, comme un réfrigérateur biomédical.

† Les procédures peuvent varier.

‡ Après chaque injection, les cliniques externes peuvent choisir d'envoyer la date de l'injection, la date de la prochaine injection et toute modification de dose concernant la prochaine injection à reblozyl@bayshore.ca.



Processus de documentation pour les pharmacies ambulatoires et les cliniques externes

Une fois

Lors de l'inscription



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

- Remplissez le formulaire et tous les champs obligatoires
- La posologie indiquée dans ce formulaire sera valide jusqu'à 8 cycles posologiques (24 semaines), sauf indication contraire
- Comprend une ordonnance pour la première dose et une case à cocher pour confirmer que les outils de réduction des risques ont été reçus

Toutes les 3 semaines

Facultatif : Après chaque injection



Pour que nous puissions mieux vous soutenir, veuillez envoyer les renseignements suivants à reblozyl@bayshore.ca après l'injection de votre patient :

1. Date de l'injection
2. Date de la prochaine injection
3. Si la dose du patient est modifiée (pour la prochaine injection)



Processus d’inscription

Inscrivez vos patients en 3 étapes

Bristol Myers Squibb **FORMULAIRE D’INSCRIPTION** **Reblozyl**
Programme de soutien aux patients

TÉLÉCOPIEZ CE FORMULAIRE DUMENT REMPLI AU 1-833-951-2483 POUR PARLER À UN REPRÉSENTANT DU PROGRAMME, COMPOSÉZ 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 (JJMMSSAAAA)* : _____ Sexe : Masculin Féminin
Adresse* : _____ Ville/Province* : _____ Code postal* : _____
Numéro de téléphone principal* : _____ Numéro de téléphone secondaire : _____ Courriel : _____
Méthode de communication à privilégier : Téléphone Courriel Meilleur moment pour joindre le participant : Matin Après-midi Soir 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 :

Régime d’assurance	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 : Téléphone Courriel Télécopieur
Nom de la personne-ressource principale (si différent du médecin prescripteur) : _____
Numéro de téléphone* : _____ Numéro de télécopieur* : _____ Courriel : _____ Méthode de communication à privilégier : Téléphone Courriel Télécopieur

Section 3 : Informations cliniques et ordonnance*

REBLOZYL (luspatcept) 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 (SMI), de risque très faible à intermédiaire avec sidérolastes en couronne chez un traitement à base d’érythropoïétine à 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 sidérolastes en couronne** ≥ 5 % avec mutation SF38T ≥ 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* : _____ Date prévue de début du traitement : _____
 1,0 mg/kg toutes les 3 semaines par injection SC

Dose valide pour un maximum de 8 cycles de traitement Oui Non

Poids du patient : _____ kg
Dates de la mesure du poids (JJMMSSAAAA) : _____
Sinon, veuillez préciser : _____

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 ou 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 (JJMMSSAAAA)* : _____
N° de permis d’exercice du médecin* : _____

ASE : agent stimulant l’érythropoïèse; GR : globules rouges; IPSS-R : International Prognostic Scoring System-Revised (score pronostic international révisé); SC : sous-cutané.
* Si y a une augmentation du taux d’Hb > 20 g/L dans les 3 semaines suivant la dose précédente, et en * 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).

ÉTAPE 1

Remplissez le formulaire d’inscription (imprimé/numérique) ainsi que tout autre formulaire requis. Assurez-vous que votre patient a donné son consentement écrit ou verbal.

ÉTAPE 2

Télécopiez le formulaire dûment rempli au 1-833-951-2483.

ÉTAPE 3

Soutenez vos patients pendant le traitement grâce aux outils de réduction des risques (Liste de vérification du prescripteur et Carte de la patiente).

Le personnel du programme communiquera avec vous pour confirmer la réception du formulaire d’inscription ou signaler une information manquante. Une fois le formulaire d’inscription dûment rempli, le personnel du programme tentera de communiquer avec votre patient dans un délai de 1 jour ouvrable. Si le patient ne peut être joint après 3 tentatives, votre clinique sera prévenue.



Programme de soutien aux patients >
Votre patient. Notre engagement.

Visitez le site [REBLOZYL.ca](https://www.reblozyl.ca) pour télécharger le formulaire.



Coup d'œil plus approfondi sur le formulaire d'inscription

Renseignements sur le patient et le médecin prescripteur

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Section 1 : Renseignements sur le patient

Nom de famille* : Prénom* :
Date de naissance (JJ/MOIS/AAAA)* : Sexe : Masculin Féminin
Adresse* : Ville/Province* : Code postal* :
Numéro de téléphone principal* : Numéro de téléphone secondaire : Courriel :
Méthode de communication à privilégier : Téléphone Courriel
Meilleur moment pour joindre le participant : Matin Après-midi Soir 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? Oui Non
Régime d'assurance principal : Oui Non
Régime d'assurance secondaire : Oui 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 : Téléphone Courriel Télécopieur
Nom de la personne-ressource principale (si différent du médecin prescripteur) :
Numéro de téléphone* : Numéro de télécopieur* : Courriel : Méthode de communication à privilégier : Téléphone Courriel 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 myéloдисplasique (SMID), de risque très faible à intermédiaire avec sidérolastes en couronne chez un traitement à base d'érythropoïétine à 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 sidérolastes 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
Dates de la mesure du poids (JJ/MOIS/AAAA) :
Sinon, veuillez préciser :
Le formulaire d'autorisation à injecter est utilisé lorsque votre patient reçoit ses injections de REBLOZYL. Le Programme vous envoie 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 ou 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* : _____

ASL : agent stimulant l'érythropoïèse; GR : globules rouges; IPSS-R : International Prognostic Scoring System-Revised (score pronostique international révisé); SC : sous-cutané.
* S'il y a une augmentation du taux d'Hb > 20 g/L dans les 3 semaines suivant la dose précédente, et en * 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).

Section 1 : Renseignements sur le patient

Nom de famille* : Prénom* :
Date de naissance (JJ/MOIS/AAAA)* : Sexe : Masculin Féminin
Adresse* : Ville/Province* : Code postal* :
Numéro de téléphone principal* : Numéro de téléphone secondaire : Courriel :
Méthode de communication à privilégier : Téléphone Courriel
Meilleur moment pour joindre le participant : Matin Après-midi Soir 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? Oui Non
Régime d'assurance principal : Oui Non
Régime d'assurance secondaire : Oui 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 : Téléphone Courriel Télécopieur
Nom de la personne-ressource principale (si différent du médecin prescripteur) :
Numéro de téléphone* : Numéro de télécopieur* : Courriel : Méthode de communication à privilégier : Téléphone Courriel Télécopieur

Veuillez vous assurer de remplir **TOUS** les champs obligatoires (ceux suivis d'un astérisque*).



Coup d'œil plus approfondi sur le formulaire d'inscription

Renseignements cliniques et ordonnance **pour le SMD**

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 :
 Téléphone Courriel Télécopieur

Nom de la personne-ressource principale (si différent du médecin prescripteur) : _____
Numéro de téléphone* : _____ Numéro de télécopieur* : _____ Courriel : _____ Méthode de communication à privilégier :
 Téléphone Courriel Télécopieur

Section 3 : Informations cliniques et ordonnance*

REBLOZYL (luspaterecept) 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 pronostic 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[†] : _____ Date prévue de début du traitement : _____
 1,0 mg/kg toutes les 3 semaines par injection SC Poids du patient : _____ kg

Dose valide pour un maximum de 8 cycles de traitement

Si non, 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 du 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).

La posologie indiquée ici sera valide jusqu'à 8 cycles posologiques (24 semaines), sauf indication contraire.

Confirmez que vous avez reçu les outils de réduction des risques en cochant la case dans le formulaire d'inscription.



Coup d'œil plus approfondi sur le formulaire d'inscription

Renseignements cliniques et ordonnance **pour la β -thalassémie**

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).			
<input type="checkbox"/> Patient adulte atteint d'anémie dépendante des transfusions de globules rouges (GR) associée à la bêta(β)-thalassémie devant être traité par REBLOZYL.			
<input type="checkbox"/> Je confirme que le patient reçoit des transfusions régulières de GR (6-20 unités par 24 semaines) et n'a pas connu de période sans transfusion supérieure à 35 jours au cours des 24 semaines précédant l'instauration du traitement par REBLOZYL.			
Concentration requise			
Dose de départ recommandée [†] :		Date prévue de début du traitement :	
<input type="checkbox"/> 1,0 mg/kg toutes les 3 semaines par injection SC		Poids du patient : _____ kg	
Dose valide pour un maximum de 8 cycles de traitement			
Sinon, veuillez préciser : _____			
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 :			
<input type="checkbox"/> OPTION 1 : Veuillez m'envoyer UN SEUL formulaire d'autorisation à injecter à remplir tous les 8 cycles.		<input type="checkbox"/> OPTION 2 : Veuillez m'envoyer un formulaire d'autorisation à injecter à remplir AVANT CHAQUE INJECTION .	
Clinique d'injection privilégiée* <input type="checkbox"/> Clinique privée affiliée au PSP pour REBLOZYL <input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> 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* :			
<small>SC : sous-cutanée.</small>			
<small>† Si l'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 du produit.</small>		<small>* 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).</small>	

La posologie indiquée ici sera valide jusqu'à 8 cycles posologiques (24 semaines), sauf indication contraire.

Confirmez que vous avez reçu les outils de réduction des risques en cochant la case dans le formulaire d'inscription.



Coup d'œil plus approfondi sur le formulaire d'inscription

Consentement du patient

Section 4 : Consentement du patient*

CONSENTEMENT RELATIF À L'INSCRIPTION AU PROGRAMME ET AU RESPECT DE LA VIE PRIVÉE DES PATIENTS

Le **Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL** (ci-après le « **Programme** ») est un programme visant à offrir des services d'information et de soutien thérapeutique à des patients comme vous (« **vous** » ou « **votre** » fait référence à vous) à qui l'on a prescrit REBLOZYL. Vos renseignements personnels peuvent être collectés, utilisés ou divulgués aux fins indiquées ci-dessus dans le cadre du Programme ou pour les besoins connexes indiqués à la section *Utilisation et divulgation de vos renseignements personnels* de l'annexe A. **Ce consentement est requis pour l'accès aux services fournis par le Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL.**

VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR LU ET ENTièrement COMPRIS LES MODALITÉS DU DOCUMENT À L'ANNEXE A.

Je consens à m'inscrire au Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL et j'accepte les conditions énoncées dans le formulaire de consentement relatif à la vie privée des patients.

Signature du patient ou du représentant légal* : _____

Date (JJ/MOIS/AAAA)* : _____

Cochez la case si le consentement est accordé par l'intermédiaire d'un mandataire (nom du mandataire en caractères d'imprimerie) : _____

Nom : _____

Prénom : _____

En cochant cette case, j'autorise l'administrateur à communiquer avec moi par courriel pour les besoins du Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL. Je comprends que les courriels ne représentent pas le moyen de communication le plus sûr et, à ce titre, l'administrateur n'inclura pas de renseignements médicaux sensibles dans les courriels qu'il m'envoie. Ces courriels peuvent toutefois révéler que je participe au Programme. Je peux retirer mon consentement à recevoir des courriels en communiquant avec l'administrateur.

COLLECTE ET UTILISATION DE RENSEIGNEMENTS À DES FINS D'ÉTUDE DE MARCHÉ OU DE RECHERCHE SUR LES RÉSULTATS CLINIQUES (FACULTATIF)

L'administrateur ou BMS peuvent, au besoin, (i) retenir les services de firmes d'études de marché tierces pour mieux comprendre l'expérience des patients inscrits au Programme ou pour apporter des améliorations au Programme (« **étude de marché** ») ou (ii) mener des recherches sur les résultats cliniques pour fournir de l'information aux assureurs, aux régimes publics d'assurance maladie, aux organismes de réglementation et aux autres intervenants sur des produits comme REBLOZYL (« **recherche sur les résultats cliniques** »). L'administrateur pourrait alors vous contacter afin d'obtenir votre consentement à participer à une telle étude de marché ou recherche sur les résultats cliniques, selon le cas. La participation à toute étude de marché ou recherche sur les résultats cliniques est volontaire, et le patient peut retirer son consentement à tout moment en communiquant avec l'administrateur au moyen des coordonnées indiquées à la section Coordonnées de l'administrateur ci-dessous.

Vous n'avez pas à donner votre consentement à participer à toute étude de marché ou recherche sur les résultats cliniques pour avoir accès aux services offerts par le Programme.

CONSENTEMENT VERBAL DU PATIENT (lorsqu'un consentement écrit n'est pas possible)

Si un professionnel de la santé n'est pas en mesure d'obtenir le consentement écrit du patient, veuillez préciser quand le consentement verbal du patient a été obtenu. Le traitement de ce document dans le cadre du Programme pourra alors se poursuivre.

Le patient a donné son consentement à ce qui suit :

Consentement relatif à l'inscription au Programme et au respect de la vie privée des patients (requis pour l'inscription au Programme)

En cochant cette case, j'autorise l'administrateur à communiquer avec moi par courriel pour les besoins du Programme de soutien aux patients REBLOZYL. Je comprends que les courriels ne représentent pas le moyen de communication le plus sûr et, à ce titre, l'administrateur n'inclura pas de renseignements médicaux sensibles dans les courriels qu'il m'envoie. Ces courriels peuvent toutefois révéler que je participe au Programme. Je peux retirer mon consentement à recevoir des courriels en communiquant avec l'administrateur.

Consentement verbal obtenu par le professionnel de la santé

Signature : _____

Date (JJ/MOIS/AAAA) : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____

S'assurer qu'un **consentement écrit** est obtenu du patient ou du représentant légal.

Un **consentement verbal du patient** peut aussi être obtenu lorsqu'un consentement écrit n'est pas possible.

Remarque : Un consentement écrit est préférable.



Outils sur la réduction des risques liés à REBLOZYL

Soutenez vos patients avec les outils de réduction des risques liés à REBLOZYL

ReblozylTM
luspatercept pour injection

Identité de la patiente	Coordonnées du prescripteur
Nom :	Nom :
	Signature :
	Date :

Liste de vérification du prescripteur pour les femmes en âge de procréer

Avant l'instauration du traitement

Le traitement par REBLOZYL ne doit pas être instauré chez une femme enceinte ni chez les femmes en âge de procréer qui n'utilisent aucune méthode de contraception efficace.

- L'utilisation de REBLOZYL n'est pas recommandée chez les femmes enceintes ni chez les femmes en âge de procréer qui n'utilisent pas de contraception efficace.
- On ne dispose d'aucune donnée sur l'utilisation de REBLOZYL chez la femme enceinte. Les études menées sur des animaux ont montré que ce traitement a des effets toxiques sur la reproduction, l'embryon et le fœtus. Les répercussions cliniques possibles comprennent la perte fœtale et la tératogénicité.

Fournir des conseils avant le début du traitement concernant le risque tératogène associé à REBLOZYL et les mesures à prendre qui pourraient aider à réduire ce risque.

Informer les femmes en âge de procréer de la nécessité d'utiliser une méthode de contraception efficace pendant le traitement et 3 mois après l'arrêt du traitement.

Un test de grossesse est recommandé chez les femmes en âge de procréer avant l'instauration du traitement.

Remettre la carte de la patiente à toute femme en âge de procréer.

Durant le traitement

Fournir régulièrement des conseils concernant le risque tératogène associé à REBLOZYL et les mesures à prendre qui pourraient aider à réduire ce risque.

Rappeler aux femmes en âge de procréer qu'elles doivent utiliser une méthode de contraception efficace pendant le traitement par REBLOZYL.

Les femmes ne doivent pas devenir enceintes pendant le traitement par REBLOZYL. Informer les femmes qui deviennent enceintes ou qui veulent le devenir du risque potentiel pour le fœtus.

Arrêt du traitement

Conseiller aux femmes en âge de procréer de continuer à utiliser une méthode de contraception efficace pendant au moins 3 mois après l'arrêt du traitement par REBLOZYL.

En cas de grossesse, fournir des conseils et évaluer l'issue de la grossesse.

Sans objet (cette patiente n'est pas devenue enceinte pendant le traitement ni dans les 3 mois suivant l'interruption du traitement par REBLOZYL).

Rappeler à la patiente de signaler au prescripteur toute grossesse survenant pendant le traitement ou dans les 3 mois suivant l'arrêt du traitement par REBLOZYL.

Celgene Inc. encourage les professionnels de la santé et les patient(e)s à déclarer toute grossesse et toute réaction indésirable soupçonnée. Ceci vise à recenser rapidement de nouveaux renseignements sur l'innocuité. Vous trouverez de plus amples renseignements sur la manière de signaler les effets secondaires dans la monographie canadienne du produit à l'adresse https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph_fr/REBLOZYL_FR_PM.pdf. Pour plus d'informations ou obtenir une copie de ce document, veuillez communiquer avec le Service de l'information médicale en téléphonant au 1-866-463-6267.

Bristol Myers Squibb

Date d'approbation interne : décembre 2020
2007CA2000448F

Liste de vérification du prescripteur

Fournit des renseignements importants pour les professionnels de la santé qui prescrivent REBLOZYL à des femmes en âge de procréer.

Renseignements pour la patiente

REBLOZYL (luspatercept) ne doit pas être utilisé pendant la grossesse. REBLOZYL peut causer du tort à votre bébé à naître.

N'utilisez pas REBLOZYL si vous êtes enceinte ou si vous allaitez, ou si vous pouvez devenir enceinte et n'utilisez aucun moyen de contraception efficace.

- Avant de commencer le traitement par REBLOZYL :
 1. Votre professionnel de la santé pourrait vous demander de subir un test de grossesse.
 2. Vous devez discuter des moyens de contraception efficaces avec votre médecin et utiliser un moyen de contraception efficace pendant le traitement par REBLOZYL et pendant au moins 3 mois après l'arrêt du traitement par REBLOZYL.
- Informez immédiatement votre médecin si vous êtes enceinte ou pensez l'être pendant le traitement par REBLOZYL ou pendant 3 mois après l'arrêt du traitement par REBLOZYL.

Vous trouverez au verso de cette carte de rappel les coordonnées de votre prescripteur.

Pour plus d'information sur les effets et les effets secondaires de REBLOZYL, veuillez consulter les renseignements pour les patients sur REBLOZYL : https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productinformation_fr/REBLOZYL_FR_PIL.pdf

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir une copie de ce document, visitez le site Web de BMS Canada ou communiquez avec le Service de l'information médicale au 1-866-463-6267.



ReblozylTM
luspatercept pour injection

Bristol Myers Squibb

REBLOZYL est une marque déposée de Celgene Corporation, utilisée sous licence par Celgene Inc. Le logo REBLOZYL est une marque de commerce de Celgene Corporation, utilisée sous licence par Celgene Inc. © 2021 Celgene Corporation

On m'a prescrit REBLOZYL

Coordonnées importantes

Mon professionnel de la santé qui m'a prescrit REBLOZYL :

Nom : _____

Numéro de téléphone au bureau : _____

Adresse de l'établissement : _____

ReblozylTM
luspatercept pour injection

CARTE DE LA PATIENTE
(pour les femmes en âge d'avoir des enfants)

Ce document a été élaboré par Celgene Inc., une société de Bristol Myers Squibb, dans le cadre du plan de réduction des risques pour REBLOZYL^{MD}.
Ce document n'est pas destiné à un usage promotionnel.

Date d'approbation interne : décembre 2020
2007CA2000448F

Carte de la patiente

Sert à rappeler aux patientes de ne pas recevoir REBLOZYL si elles sont enceintes, peuvent le devenir ou allaitent et si elles n'utilisent aucun moyen de contraception efficace.

ReblozylTM
luspatercept pour injection

CARTE DE LA PATIENTE
(pour les femmes en âge d'avoir des enfants)

Ce document a été élaboré par Celgene Inc., une société de Bristol Myers Squibb, dans le cadre du plan de réduction des risques pour REBLOZYL^{MD}.
Ce document n'est pas destiné à un usage promotionnel.

Date d'approbation interne : décembre 2020
2007CA2000448F



Programme de soutien aux patients >
Votre patient. Notre engagement.

Visitez le site [REBLOZYL.ca](https://www.reblozyl.ca) pour télécharger les outils.



Autres formulaires requis pour les cliniques privées

Autorisation d'injection pour le SMD

Utilisez ce formulaire lorsque votre patient reçoit son injection dans une clinique privée affiliée au programme.

Remplissez et envoyez ce formulaire au programme au moins 3 jours ouvrables avant la prochaine injection (à partir de la deuxième dose).

Le formulaire doit SEULEMENT être rempli lors de l'un des cas suivants :

- Selon votre préférence indiquée dans le formulaire d'inscription
- Après une période de 8 cycles posologiques (24 semaines)
- Lors d'une modification de dose

REBLOZYL^{MD} – AUTORISATION D'INJECTION
SYNDROMES MYÉLODYSPLASIQUES (SMD)

Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL
VEUILLEZ REMPLIR ET TÉLÉCOPIER AU : 1-833-951-2483
POUR TOUTE QUESTION, VEUILLEZ APPELER AU : 1-833-951-2482

Le présent formulaire doit être rempli UNIQUEMENT dans l'un des cas suivants :

- selon les préférences indiquées sur le formulaire d'inscription;
- après une période de 8 cycles de traitement (24 semaines);
- lors d'un changement de dose.

Une fois rempli, le formulaire DOIT être envoyé au Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL au moins trois jours ouvrables avant chaque injection.

ID du patient inscrit au Programme : _____ Initiales du patient : _____

Date de naissance du patient (JJ/MOIS/AAAA) : _____

Section 1 : Renseignements sur le traitement
Cette section doit être remplie par le personnel du Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL.

Date de la prochaine injection	Date (JJ/MOIS/AAAA) :	Heure (format de 24 heures) :	
Injection précédente	Date (JJ/MOIS/AAAA) :	Dose (mg/kg) :	Numéro du cycle :
Première injection (date de début) :	Date (JJ/MOIS/AAAA) :		
Poids du patient	Poids provenant du plus récent rapport après injection	Date (JJ/MOIS/AAAA) :	
	Poids (kg) :		
Renseignements sur le médecin	Nom : _____	Prénom : _____	
	Lieu : _____		
	Pharmacie : _____		

Section 2 : Ordonnance
Cette section doit être remplie selon les préférences indiquées sur le formulaire d'inscription, après une période de 8 cycles de traitement (24 semaines) ou lors d'un changement de dose.

Renseignements sur le patient

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse domiciliaire : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Allergies et/ou autre(s) médicament(s) ou renseignements médicaux pertinents : _____

Dose de REBLOZYL (luspatercept pour injection)*

1,75 mg/kg 1,33 mg/kg 1,0 mg/kg 0,8 mg/kg 0,6 mg/kg

Aucune dose requise (en raison d'un taux d'hémoglobine qui est ≥ 115 g/L et qui n'est pas influencé par une transfusion récente).

Ordonnance valide pour un maximum de 8 cycles de traitement

Sinon, veuillez préciser : _____

* Il est recommandé d'administrer REBLOZYL une fois toutes les 3 semaines par injection sous-cutanée. La posologie indiquée sur le présent formulaire sera valide pour un maximum de 8 cycles de traitement, à moins d'indication contraire. Veuillez consulter la monographie du produit pour obtenir des renseignements complets sur la posologie et l'administration.

Numéro de permis d'exercice : _____

En apposant ma signature ci-dessus, 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.

Signature du médecin/de l'hématologue traitant : _____ Date (JJ/MOIS/AAAA) : _____

Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL : Téléphone : 1-833-951-2482 Télécopieur : 1-833-951-2483 **EFFACER LE CONTENU**

Référence : Monographie de REBLOZYL, Celgene Inc.

Programme de soutien aux patients >
Votre patient. Notre engagement.

REBLOZYL et le logo REBLOZYL sont des marques déposées de Celgene Corporation, utilisées sous licence par Celgene Inc.
© 2023 Celgene Corporation
2007-CA-2300006F

Section 2 : Ordonnance
Cette section doit être remplie selon les préférences indiquées sur le formulaire d'inscription, après une période de 8 cycles de traitement (24 semaines) ou lors d'un changement de dose.

Renseignements sur le patient

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse domiciliaire : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Allergies et/ou autre(s) médicament(s) ou renseignements médicaux pertinents : _____

Dose de REBLOZYL (luspatercept pour injection)*

1,75 mg/kg 1,33 mg/kg 1,0 mg/kg 0,8 mg/kg 0,6 mg/kg

Aucune dose requise (en raison d'un taux d'hémoglobine qui est ≥ 115 g/L et qui n'est pas influencé par une transfusion récente).

Ordonnance valide pour un maximum de 8 cycles de traitement

Sinon, veuillez préciser : _____

* Il est recommandé d'administrer REBLOZYL une fois toutes les 3 semaines par injection sous-cutanée. La posologie indiquée sur le présent formulaire sera valide pour un maximum de 8 cycles de traitement, à moins d'indication contraire. Veuillez consulter la monographie du produit pour obtenir des renseignements complets sur la posologie et l'administration.

Numéro de permis d'exercice : _____

En apposant ma signature ci-dessus, 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.

Signature du médecin/de l'hématologue traitant : _____ Date (JJ/MOIS/AAAA) : _____



Autres formulaires requis pour les cliniques privées

Autorisation d'injection pour la β -thalassémie

Utilisez ce formulaire lorsque votre patient reçoit son injection dans une clinique privée affiliée au programme.

Remplissez et envoyez ce formulaire au programme au moins 3 jours ouvrables avant la prochaine injection (à partir de la deuxième dose).

Le formulaire doit SEULEMENT être rempli lors de l'un des cas suivants :

- Selon votre préférence indiquée dans le formulaire d'inscription
- Après une période de 8 cycles posologiques (24 semaines)
- Lors d'une modification de dose

REBLOZYL^{MD} – AUTORISATION D'INJECTION BÊTA (β)–THALASSÉMIE

Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL
VEUILLEZ REMPLIR ET TÉLÉCOPIER AU : 1-833-951-2483
POUR TOUTE QUESTION, VEUILLEZ APPELER AU : 1-833-951-2482

Le présent formulaire doit être rempli UNIQUEMENT dans l'un des cas suivants :

- selon les préférences indiquées sur le formulaire d'inscription;
- après une période de 8 cycles de traitement (24 semaines);
- lors d'un changement de dose.

Une fois rempli, le formulaire DOIT être envoyé au Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL au moins trois jours ouvrables avant chaque injection.

ID du patient inscrit au Programme : _____ Initiales du patient : _____

Date de naissance du patient (JJ/MOIS/AAAA) : _____

Section 1 : Renseignements sur le traitement
Cette section doit être remplie par le personnel du Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL.

Date de la prochaine injection	Date (JJ/MOIS/AAAA) :	Heure (format de 24 heures) :	
Injection précédente	Date (JJ/MOIS/AAAA) :	Dose (mg/kg) :	Numéro du cycle :
Première injection (date de début) :	Date (JJ/MOIS/AAAA) :		
Poids du patient	Poids provenant du plus récent rapport après injection	Date (JJ/MOIS/AAAA) :	
	Poids (kg) :		
Renseignements sur le médecin	Nom : _____	Prénom : _____	
	Lieu : _____		
	Pharmacie : _____		

Section 2 : Ordonnance
Cette section doit être remplie selon les préférences indiquées sur le formulaire d'inscription, après une période de 8 cycles de traitement (24 semaines) ou lors d'un changement de dose.

Renseignements sur le patient

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse domiciliaire : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Allergies et/ou autre(s) médicament(s) ou renseignements médicaux pertinents : _____

Dose de REBLOZYL (luspatercept pour injection)*

1,25 mg/kg 1,0 mg/kg 0,8 mg/kg 0,6 mg/kg

Aucune dose requise (en raison d'un taux d'hémoglobine qui est \geq 115 g/L et qui n'est pas influencé par une transfusion récente).

Ordonnance valide pour un maximum de 8 cycles de traitement

Sinon, veuillez préciser : _____

* Il est recommandé d'administrer REBLOZYL une fois toutes les 3 semaines par injection sous-cutanée. La posologie indiquée sur le présent formulaire sera valide pour un maximum de 8 cycles de traitement, à moins d'indication contraire. Veuillez consulter la monographie du produit pour obtenir des renseignements complets sur la posologie et l'administration.

Numéro de permis d'exercice : _____

En apposant ma signature ci-dessus, 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.

Signature du médecin/de l'hématologue traitant : _____ Date (JJ/MOIS/AAAA) : _____

Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL : Téléphone : 1-833-951-2482 Télécopieur : 1-833-951-2483 **EFFACER LE CONTENU**

Référence : Monographie de REBLOZYL, Celgene Inc.

Bristol Myers Squibb

Programme de soutien aux patients >
Votre patient. Notre engagement.

REBLOZYL et le logo REBLOZYL sont des marques déposées de Celgene Corporation, utilisées sous licence par Celgene Inc. © 2023 Celgene Corporation 2007-CA-2300007F

Reblozyl
luspatercept pour injection

Section 2 : Ordonnance
Cette section doit être remplie selon les préférences indiquées sur le formulaire d'inscription, après une période de 8 cycles de traitement (24 semaines) ou lors d'un changement de dose.

Renseignements sur le patient

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse domiciliaire : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Allergies et/ou autre(s) médicament(s) ou renseignements médicaux pertinents : _____

Dose de REBLOZYL (luspatercept pour injection)*

1,25 mg/kg 1,0 mg/kg 0,8 mg/kg 0,6 mg/kg

Aucune dose requise (en raison d'un taux d'hémoglobine qui est \geq 115 g/L et qui n'est pas influencé par une transfusion récente).

Ordonnance valide pour un maximum de 8 cycles de traitement

Sinon, veuillez préciser : _____

* Il est recommandé d'administrer REBLOZYL une fois toutes les 3 semaines par injection sous-cutanée. La posologie indiquée sur le présent formulaire sera valide pour un maximum de 8 cycles de traitement, à moins d'indication contraire. Veuillez consulter la monographie du produit pour obtenir des renseignements complets sur la posologie et l'administration.

Numéro de permis d'exercice : _____

En apposant ma signature ci-dessus, 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.

Signature du médecin/de l'hématologue traitant : _____ Date (JJ/MOIS/AAAA) : _____



Autres formulaires requis pour les cliniques privées

Rapport sur l'injection

REBLOZYL^{MD}
RAPPORT APRÈS INJECTION

Programme de soutien aux patients pour REBLOZYL
TÉLÉCOPIEUR : 1-833-951-2483
TÉLÉPHONE : 1-833-951-2482

Date de l'injection (JJ-MOIS-AAAA) : _____ Heure (24 heures) : _____

Renseignements sur le médecin

Nom : _____ Par téléphone au : _____ Télécopieur : _____

Renseignements sur le patient

Identifiant du patient inscrit au Programme : _____ Date de naissance (JJ-MOIS-AAAA) : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Poids du patient lors de l'injection d'aujourd'hui (kg) : _____

Allergies : Aucune allergie connue

Renseignements sur la clinique d'injection

Nom de la clinique : _____ Adresse de la clinique : _____

Renseignements sur l'injection

Nom du médicament : _____ Dose (mg) : _____

Numéro(s) de lot et date(s) de péremption : _____

Voie d'administration : _____ Point(s) d'injection : _____

Renseignements sur la dose

Le patient a-t-il eu besoin d'une réduction de la dose? Oui Non Raison : _____

Dose précédente (mg/kg) : _____ Nouvelle dose (mg/kg) : _____

DATE DE LA PROCHAINE INJECTION DU PATIENT :

Date (JJ-MOIS-AAAA) : _____ Heure (24 heures) : _____

INCONNUE

EFFETS INDÉSIRABLES ET/OU PLAINTES RELATIVE À LA QUALITÉ DU PRODUIT SIGNALÉS : Oui* S. o.

* Si oui, ces effets et/ou plaintes doivent être déclarés au fabricant LE JOUR où ils vous sont communiqués, conformément au mode opératoire normalisé de BMS. Exigences en matière de déclaration des effets indésirables et des plaintes liées à la qualité du produit (MON BMS-1d). Fabricant : BRISTOL MYERS SQUIBB.

Date de déclaration (JJ-MOIS-AAAA) : _____

EFFACER LE CONTENU

 REBLOZYL et le logo REBLOZYL sont des marques déposées de Celgene Corporation, utilisées sous licence par Celgene Inc. © 2023 Celgene Corporation 2007-CA-2200039F

 luspatercept pour injection

Lorsque votre patient reçoit son injection dans une clinique privée affiliée au Programme, le Programme vous fournit ce formulaire après chaque injection.



Pour de plus amples renseignements :

Consultez la [monographie de produit de REBLOZYL](#) pour accéder aux renseignements importants sur les contre-indications, les mises en garde et précautions, les réactions indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'utilisation clinique.

Vous pouvez également obtenir la monographie du produit en appelant notre Service de l'information médicale au **1-866-463-6267**.

Visitez REBLOZYL.ca pour télécharger les ressources sur le PSP mentionnées dans ce diaporama

RÉFÉRENCE : Monographie de REBLOZYL. Celgene Inc.

REBLOZYL et le logo REBLOZYL sont des marques déposées de Celgene Corporation, utilisées sous licence par Celgene Inc.
© 2023 Celgene Corporation.

