REPÈRERepatha™
PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS
VOTRE PARTENAIRE DE SOINS, SUR TOUTE LA LIGNE

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Transmettez le formulaire dûment rempli par télécopieur au 1-844-737-2841
Des questions? Composez le 1-888-Repatha (1-888-737-2842)
ou envoyez un courriel à info@programmerepatharepere.ca

Autocollant du patient

1

Renseignements sur le patient

Nom (prénom, nom de famille) _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ___|___|___ Sexe _____

Téléphone (à utiliser de préférence) _____ Meilleur moment pour appeler ☐ Matin ☐ Après-midi ☐ Soir ☐ Ne pas laisser de message vocal

Téléphone (autre) _____ Courriel _____

Adresse _____ Ville, province _____ Code postal _____

Renseignements sur le prescripteur

Nom du prescripteur _____ Spécialité _____

Adresse _____ Ville, province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

2

Si possible, appliquez le timbre du cabinet ci-dessus.

Renseignements médicaux sur le patient

Diagnostic primaire (veuillez cocher UNE SEULE CASE)

3

☐ Maladie cardiovasculaire (MCV) athéroscléreuse cliniquement manifeste
☐ Hypercholestérolémie familiale (HF) hétérozygote
☐ Hypercholestérolémie familiale (HF) homozygote

Renseignements additionnels sur le diagnostic (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)

4

☐ Syndrome coronarien aigu
☐ Infarctus du myocarde
☐ Angine stable ou instable
☐ Revascularisation coronarienne ou autre
☐ AIT ☐ AVC ☐ AP
☐ Résultats de l'angiographie par tomodensitométrie ou du laboratoire de cathétérisme

5

Régime d'assurance maladie ☐ Régime privé ☐ Régime public

Taux actuel de C-LDL (au cours des 3 derniers mois) _____

6

Date de la mesure (JJ/MM/AAAA) ___|___|___

Si le taux LDL ne peut pas être calculé : C non-HDL _____ ou Apo B _____

Traitement hypolipidémiant actuel et dose _____

_____

☐ Traitement par une statine à la dose maximale tolérée pour au moins 3 mois
☐ Traitement actuel ou antérieur par l'ézétimibe

7

Pour faciliter le processus de remboursement, vous pouvez également fournir la liste des hypolipidémiants prescrits au patient et ses plus récents taux de C-LDL obtenus en laboratoire.

Coordonnées du fournisseur de soins primaires

8

Nom _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

☐ **Faire parvenir au fournisseur de soins primaires une notification l'avisant de l'inscription du patient au programme REPÈRERepatha™**

Formation sur la technique d'injection

☐ Demander qu'une infirmière du programme REPÈRERepatha™ donne une formation à ce patient sur la technique d'injection
☐ Le patient a déjà reçu sa première injection ___|___|___ Date (JJ/MM/AAAA)

Consentement du patient

En fournissant mon adresse de courriel, j'accepte de recevoir, par voie électronique, des renseignements et des mises à jour au sujet de mon inscription au programme REPÈRERepatha™ (le « Programme ») provenant de McKesson, agissant au nom d'Amgen Canada Inc. Je sais que je peux, en tout temps, retirer mon consentement à recevoir ces communications en avisant McKesson par la poste au 6355, rue Viscount, Mississauga (Ontario) L4V 1W2, ou par courriel à info@programmerepatharepere.ca.

En signant ce formulaire, je reconnais avoir lu et compris les renseignements indiqués au verso du formulaire et j'accepte que McKesson, Amgen et leurs agents et fournisseurs de services autorisés recueillent, utilisent et divulguent mes renseignements personnels, y compris mes renseignements médicaux, comme il est expliqué. J'accepte aussi que McKesson, Amgen Canada Inc. ou leurs agents autorisés communiquent avec moi de temps à autre pour les raisons mentionnées dans le présent document.

☐ J'accepte aussi que l'on communique avec moi de temps à autre afin que je réponde à des sondages confidentiels sur le Programme. Je sais que je peux, en tout temps, retirer mon consentement à recevoir ces communications en avisant un représentant du Programme.

9

X _____ ___|___|___
Signature du patient Date (JJ/MM/AAAA)

☐ En tant que médecin traitant ou fournisseur de soins, j'atteste que le patient susmentionné a consenti verbalement à s'inscrire au Programme.

Renseignements sur l'ordonnance (facultatif)

Rx

Dose (sous-cutanée) de Repatha™ (évolocumab) :

☐ 140 mg; administration toutes les 2 semaines à l'aide d'un auto-injecteur SureClick™ (26 injections/année)
☐ 420 mg; administration 1 fois par mois à l'aide d'un minidoseur automatique (12 injections/année)

Mois : _____ Renouvellement(s) : _____

Indiquer le code du régime d'assurance médicaments provincial si nécessaire ☐

10

J'autorise McKesson à être mon agent désigné afin de faire parvenir cette ordonnance, par télécopieur ou par tout autre moyen, à la pharmacie du Programme ou à la pharmacie choisie par le patient. Cette ordonnance représente l'ordonnance originale. La pharmacie choisie est le seul destinataire prévu et il n'y a pas d'autres destinataires. L'ordonnance originale a été annulée et classée en lieu sûr et ne sera transmise ailleurs à aucun autre moment.

X _____ ___|___|___
Signature du médecin Date (JJ/MM/AAAA)

Numéro de permis du médecin _____

Si les renseignements sur l'ordonnance ne sont pas inscrits plus haut, c'est que le patient a reçu une ordonnance écrite.

AIT = accident ischémique transitoire; AP = artériopathie périphérique; Apo B = apolipoprotéine B; AVC = accident vasculaire cérébral; C-HDL = cholestérol des lipoprotéines de haute densité; C-LDL = cholestérol des lipoprotéines de faible densité; C non-HDL = cholestérol des lipoprotéines non de haute densité

EVO-0059F-18 Voir l'information sur les services du programme REPÈRERepatha™ au verso.

* AMGEN Entrust est notre nouvelle plateforme unifiée de services de soutien aux patients, qui s'appuie sur l'acquis de nos programmes de soutien propres à chaque marque.

© 2021 Amgen Canada Inc. Tous droits réservés.
Repatha™, REPÈRERepatha™ et SureClick™ sont des marques déposées d'Amgen Inc., utilisées avec autorisation.
AMGEN ENTRUST™ est une marque de commerce d'Amgen Inc.

Guide et conseils pour remplir le formulaire d'inscription au programme REPÈRERepatha™

Pour aider vos patients à entreprendre leur traitement par Repatha™

1. Veuillez apposer l'étiquette ou le timbre ici, si disponible.
2. Si le prescripteur pratique à plus d'un endroit, veuillez vous assurer que l'**adresse indiquée est bien celle de la clinique fréquentée par ce patient**.
   Veuillez vous assurer d'indiquer le numéro de télécopieur, car les renseignements et les mises à jour concernant ce patient seront communiqués par télécopieur.
   Veuillez apposer le timbre de la clinique ici, si disponible.
3. Le diagnostic primaire du patient est requis pour faciliter l'examen d'admissibilité à un régime privé d'assurance.
   Les critères de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse et d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote se trouvent dans le dossier de REPÈRERepatha™.
4. Veuillez fournir des précisions, car ces renseignements seront utilisés par le programme REPÈRERepatha™ pour remplir tout formulaire de demande d'autorisation spéciale exigé par les payeurs.
5. Veuillez fournir des renseignements sur la couverture d'assurance, s'ils sont disponibles, car ils seront utilisés par le programme REPÈRERepatha™ pour remplir tout formulaire de demande d'autorisation spéciale exigé par les payeurs.
   Pour faciliter le suivi des épreuves de laboratoire, vous pouvez remettre au patient une demande préremplie à cette fin.
6. Si ce renseignement n'est pas disponible **à votre clinique**, veuillez indiquer **« N/D »**. Au lieu de communiquer avec votre clinique, le programme REPÈRERepatha™ cherchera d'autres sources non cliniques.
7. Pour faciliter le processus de remboursement, vous pouvez également fournir la liste des hypolipidémiants prescrits au patient et ses plus récents taux de C-LDL obtenus en laboratoire.
8. Veuillez indiquer le nom du médecin de premier recours du patient. Ce renseignement aidera REPÈRERepatha™ à trouver toute information médicale requise pour remplir les formulaires d'assurance médicaments.
9. Pour communiquer avec le patient, REPÈRERepatha™ doit obtenir son consentement, sans quoi le processus d'admission au programme sera retardé. Deux options pratiques sont offertes : le patient peut signer le formulaire à l'endroit désigné ou le médecin peut indiquer le consentement verbal du patient en cochant la case prévue à cet effet.
10. Cette section est réservée à l'ordonnance de Repatha™ et doit être remplie en totalité. Elle doit inclure la dose prescrite, le nombre de mois et le nombre de renouvellements. Vous devez la signer, la dater et y inscrire votre numéro de permis d'exercice.

Le saviez-vous?

Le programme REPÈRERepatha™ vous offre, à vous et à vos patients, un soutien personnalisé pour amorcer et maintenir le traitement par Repatha™.

REPÈRERepatha™
PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS
VOTRE PARTENAIRE DE SOINS, SUR TOUTE LA LIGNE

offert par les services de soutien aux patients AMGEN Entrust™*

Inscription
- Inscription en une étape simple : par téléphone, télécopieur ou à l'adresse Repatha.ca
- Coordonnateur de soins désigné pour un soutien personnalisé
- Appel dans les 24 heures

Accès à Repatha™
- Aide et soutien pour obtenir un remboursement
- Préremplissage des formulaires d'assurance-médicaments et aide à la gestion des soumissions
- Aide au co-paiement/aide financière

Amorce du traitement et rappels à l'intention des patients
- Formation virtuelle sur la technique d'injection dirigée par une infirmière
- Accès à Repatha™ à la pharmacie préférée des patients
- Rappels de traitement et de rendez-vous
- Éducation continue des patients

Recevez des mises à jour tout au long du traitement de vos patients par télécopieur ou en direct sur le Portail de soins aux patients REPÈRERepatha™.

Repatha™ (évolocumab injection) est indiqué :

- comme traitement d'appoint au régime alimentaire et au traitement de référence (y compris au traitement d'intensité modérée ou élevée par une statine, seule ou en association avec un autre traitement hypolipidémiant) pour réduire le risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral ou de revascularisation coronarienne chez les patients adultes atteints d'une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse;
- pour réduire le taux élevé de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) chez les patients adultes atteints d'hyperlipidémie primaire (y compris d'hypercholestérolémie familiale (HF) hétérozygote) comme traitement d'appoint au régime alimentaire et au traitement par une statine, seul ou en association avec d'autres traitements hypolipidémiants, chez les patients qui ont besoin d'une réduction additionnelle de leur taux de C-LDL, comme traitement d'appoint au régime alimentaire, seul ou en association avec d'autres traitements hypolipidémiants qu'une statine, chez les patients pour qui les statines sont contre-indiquées.

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse www.amgen.ca/Repatha_PM_Fre.pdf pour connaître les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'utilisation clinique.

Il est aussi possible de se procurer la monographie du produit en appelant l'Information médicale d'Amgen au 1-866-502-6436.

Repatha™ évolocumab injection
AMGEN Entrust™ REPÈRERepatha™
RÉVISÉ PAR CCPP
MEMBRE DE MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA
AMGEN Cardiovasculaire

EVO-0063F-21