

## Guide pour le formulaire d'inscription

Ce formulaire sert d'ordonnance pour votre patient et lui offre la possibilité de s'inscrire à Rhythm EnHarmonie, un programme de soutien de Rhythm Pharmaceuticals. Lorsque les patients s'inscrivent, nous pouvons les aider à :



Commencer  
le traitement



Comprendre  
la couverture  
d'assurance



Accéder aux  
ressources  
éducatives

### Comment remplir le formulaire d'inscription :

1. Le prescripteur remplit les pages 1 et 2.
2. Le patient ou le représentant légal remplit la page 3.
3. Le prescripteur envoie par télécopieur ou par courriel toutes les pages remplies au 1-833-350-3887 ou à [Imcivree@bayshore.ca](mailto:Imcivree@bayshore.ca) (Rhythm EnHarmonie)
4. Rappelez à votre patient qu'il recevra un appel de Rhythm EnHarmonie, le programme de soutien au patient. Un représentant du programme appellera pour confirmer les renseignements du patient. Cet appel pourrait provenir d'un numéro inconnu. Il est important que le patient réponde à l'appel pour éviter des délais dans le processus de prescription.

### Questions

Envoyez-nous un courriel au [Imcivree@bayshore.ca](mailto:Imcivree@bayshore.ca) ou appelez Rhythm EnHarmonie au 1-833-654-2155, 8 h à 20 h HNE.

### À remplir par le prescripteur / Diagnostic et renseignements cliniques

Nom du patient (prénom, initiale du second prénom, nom de famille) : \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_  D'accord pour laisser un message détaillé?

Courriel : \_\_\_\_\_  D'accord pour les messages textes?

Diagnostic

Obésité causée par le syndrome de Bardet-Biedl (SBB)

Obésité causée par un déficit biallélique en pro-opiomélanocortine (POMC) qui a été confirmé génétiquement

Obésité causée par un déficit biallélique en proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 1 (PCSK1) qui a été confirmé génétiquement

Obésité causée par un déficit biallélique en récepteurs de la leptine (LEPR) qui a été confirmé génétiquement

Le patient est médicalement autorisé à commencer la médication :  Oui  Non

Le patient peut commencer le traitement le ou après le (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Traitements antérieurs pour la gestion du poids (joindre une autre page au besoin) :

Liste des médicaments actuels (joindre une autre page au besoin) : \_\_\_\_\_

Poids du patient : \_\_\_\_\_ kg      Taille du patient : \_\_\_\_\_ cm      IMC du patient : \_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Allergies :  Non  Oui Spécifiez : \_\_\_\_\_

Langue souhaitée :  Anglais  Français      Sexe à la naissance :  Homme  Femme

**Ordonnance**

**Page à remplir par le prescripteur**

Nom du patient (prénom, initiale du second prénom, nom de famille) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Veillez cocher les cases appropriées pour le **TITRAGE** et la dose d'**ENTRETIEN**, et remplissez le nombre de **RENOUVELLEMENTS**.  
Pour modifier le schéma posologique du patient, appelez le 1-833-654-2155.

6 à 17 ans	18 ans et plus	Insuffisance rénale sévère* : ≥ 12 ans
<p><input type="checkbox"/> <b>Titrage :</b></p> <p>Chez les patients pédiatriques âgés de 6 à 17 ans, la dose initiale est de 0,5 mg (0,05 mL) et la dose cible est de 2 mg (0,2 mL).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La dose initiale de setmélanotide est de 0,5 mg (0,05 mL) injectée par voie sous-cutanée (SC) une fois par jour (QD) durant deux semaines.</li> <li>• Surveillez les patients pour détecter les événements indésirables gastro-intestinaux (GI) pour ajuster la posologie.</li> <li>• La dose peut être augmentée de 0,5 mg par jour toutes les deux semaines si elle est tolérée jusqu'à une dose maximale de 2,0 mg par jour.</li> <li>• Si la dose initiale n'est pas tolérée, IMCIVREE doit être cessé.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> <b>Titrage :</b></p> <p>Chez les patients adultes âgés de 18 ans et plus, la dose initiale est de 1 mg (0,1 mL) et la dose cible est de 3 mg (0,3 mL).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La dose initiale de setmélanotide est de 1 mg (0,1 mL) injectée par voie sous-cutanée (SC) une fois par jour (QD) durant deux semaines.</li> <li>• Surveillez les patients pour détecter les événements indésirables gastro-intestinaux (GI) pour ajuster la posologie.</li> <li>• La dose peut être augmentée de 0,5 mg par jour toutes les deux semaines si elle est tolérée jusqu'à une dose maximale de 3,0 mg par jour.</li> <li>• Si la dose initiale n'est pas tolérée, IMCIVREE doit être cessé.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> <b>Titrage :</b></p> <p>Pour les patients adultes et pédiatriques âgés de 12 ans et plus atteints d'insuffisance rénale sévère (DFGe 15 à 29 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>), la dose initiale est de 0,5 mg (0,05 mL) et la dose cible est de 1,5 mg (0,15 mL).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La dose initiale de setmélanotide est de 0,5 mg (0,05 mL) injectée par voie sous-cutanée (SC) durant deux semaines. Surveillez les événements indésirables GI chez les patients.</li> <li>• La dose peut être augmentée de 0,5 mg par jour toutes les deux semaines si elle est tolérée jusqu'à un maximum de 1,5 mg par jour.</li> <li>• Si la dose initiale n'est pas tolérée, IMCIVREE doit être cessé.</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>Entretien :</b></p> <p>2 mg (0,2 mL) SC une fois par jour.</p> <p><b>Renouvellements d'entretien : ____ mois</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Entretien :</b></p> <p>3 mg (0,3 mL) SC une fois par jour.</p> <p><b>Renouvellements d'entretien : ____ mois</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Entretien :</b></p> <p>1,5 mg (0,15 mL) SC une fois par jour.</p> <p><b>Renouvellements d'entretien : ____ mois</b></p>
<p><b>Directives spéciales :</b></p>	<p><b>Directives spéciales :</b></p>	<p><b>Directives spéciales :</b></p>

\*Insuffisance rénale sévère = DFGe 15 à 29 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. IMCIVREE n'est pas recommandé pour une utilisation chez des patients atteints d'insuffisance rénale en phase terminale (DFGe à moins de 15 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>). Si le patient a besoin d'un schéma posologique différent, veuillez fournir ces renseignements dans les « Directives spéciales ». Veuillez consulter la monographie du produit pour connaître les directives complètes sur la posologie et l'administration. Un pharmacien appellera le patient le dixième jour de la période de titrage et communiquera avec vous s'il juge qu'une modification de la dose doit être envisagée. Présentation : IMCIVREE est fourni sous forme de solution de 10 mg/mL dans une fiole de 1 mL à multiples doses : DIN 02537745.

**Renseignements sur le prescripteur**

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille) : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_  
Adresse civique du lieu de pratique : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
N° de permis d'exercice : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Je certifie que les renseignements fournis dans ce formulaire d'inscription pour IMCIVREE sont complets et exacts au meilleur de mes connaissances. J'ai prescrit IMCIVREE selon mon jugement d'un besoin médical tel que documenté dans le dossier médical de patient, et je vais superviser le traitement médical du patient. Je certifie que j'ai obtenu l'autorisation écrite du patient susmentionné selon les lois provinciales, territoriales et fédérales applicables afin de fournir les renseignements médicaux personnels présents sur ce formulaire aux affiliés, agents et fournisseurs de services de Rhythm Pharmaceuticals, Inc., y compris, mais sans s'y limiter, les pharmacies distribuant IMCIVREE, pour l'admissibilité aux indemnités, autorisations pour la couverture, ainsi que la coordination et la distribution de IMCIVREE. J'autorise la transmission de ce formulaire d'inscription (et des renseignements qui s'y trouvent) par télécopieur ou autre moyen de transmission à Bayshore RX spécialisés **[ou à une autre pharmacie choisie par le patient]**. Ce formulaire d'inscription correspond à l'ordonnance initiale pour le médicament. Je comprends que l'inscription du patient susmentionné à Rhythm EnHarmonie ne garantit pas une couverture ou un accès à IMCIVREE (y compris l'aide au patient ou l'aide pour la quote-part) et que le seul objectif de ce service de soutien est d'aider à faciliter un meilleur accès et un soutien lié au produit pour le patient. Je comprends que, dans la mesure où tout produit est fourni au patient sans frais, ni moi ni le patient pouvons demander un remboursement pour tout produit de ce type. Si le patient a demandé une livraison à mon bureau, j'apposerai clairement une étiquette et je ne fournirai le produit qu'au patient mentionné dans cette application.

Signez, datez et envoyez par télécopieur au 1-833-350-3887 \_\_\_\_\_ Date : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_  
Signature du prescripteur – distribuez comme ce qui est inscrit (signature originale requise)

**Renseignements sur le patient :**

**Le patient ou le représentant légal doit remplir cette page**

Nom de la personne qui remplit ce formulaire : \_\_\_\_\_ Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

**Consentement du patient**

Je (ou mon parent ou représentant légal) choisis de m'inscrire au programme Rhythm EnHarmonie (« Services ») et j'accepte la collecte, la conservation et la divulgation de mes renseignements en lien avec de tels services (qui peuvent comprendre, mais sans s'y limiter, la vérification des prestations d'assurance et de la couverture des médicaments, le soutien préalablement autorisé, l'aide financière avec quotes-parts, les programmes d'aide au patients, autres sources de financement et autres programmes connexes) et pour me communiquer des renseignements promotionnels et éducatifs au sujet de IMCIVREE, et liés à des produits et services. Les Services sont administrés par un tiers fournisseur de services choisi de temps à autre par Rhythm (« l'administrateur du programme »). Je comprends que Rhythm se réserve le droit de désigner des administrateurs de programme tiers pour administrer les Services et je consens au transfert de mes renseignements à tout éventuel administrateur du programme qui administre les Services. J'autorise Rhythm et ses représentants, agents et sous-traitants à me fournir des Services. J'autorise aussi Rhythm à communiquer avec moi ou mon médecin par la poste, courriel ou téléphone en lien avec les Services. L'entreprise peut aussi partager des renseignements avec mon équipe soignante en lien avec mes soins.

Pour de plus amples renseignements concernant la façon dont vos renseignements pourraient être utilisés, et sur la manière de communiquer avec Rhythm pour poser des questions ou pour faire valoir vos droits, veuillez consulter la politique de confidentialité de Rhythm à l'adresse [rhythmtx.ca](http://rhythmtx.ca) ou en nous envoyant un courriel au [Imcivree@bayshore.ca](mailto:Imcivree@bayshore.ca).

J'autorise tout régime d'assurance maladie, médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique, fournisseur de produits pharmaceutiques ou autre fournisseur de soins de santé (collectivement « Fournisseurs ») à divulguer mes renseignements médicaux personnels, y compris des renseignements personnels liés à mon affection médicale, mes résultats de test génétique, mes traitements, la gestion de mes soins et l'assurance maladie, de même que tous les renseignements fournis dans ce formulaire et toute ordonnance (« Renseignements »), à Rhythm Pharmaceuticals, Inc., ses affiliés et leurs représentants, agents et sous-traitants (collectivement « Entreprise » ou « Rhythm ») en lien avec la fourniture de produits, matériel ou services. J'autorise l'entreprise à fournir des renseignements à une pharmacie spécialisée afin d'exécuter l'ordonnance. De plus, mes fournisseurs et l'entreprise peuvent utiliser et divulguer ces renseignements pour les services de soutien de Rhythm EnHarmonie (si j'accepte ci-dessus) comme pour une vérification des prestations d'assurance et de la couverture des médicaments, le soutien précédent autorisé, l'aide financière avec quotes-parts, les programmes d'aide au patient, les autres sources de financement, d'autres programmes connexes, et des communications avec moi ou mon médecin prescripteur par la poste, courriel ou téléphone au sujet de mon affection médicale, mon traitement, la prise en charge de mes soins, des renseignements sur le produit et l'assurance maladie. Ces renseignements peuvent aussi être utilisés par l'entreprise à des fins internes, y compris l'analyse de données, ou pour améliorer, développer et évaluer des produits, services et programmes liés à mon affection. J'autorise aussi l'entreprise à utiliser mes renseignements pour me fournir des informations éducatives au sujet de IMCIVREE et de produits et services de Rhythm, des rappels et du soutien pour l'observance et de l'éducation sur la maladie, et de communiquer avec moi à des fins d'études de marché. Je comprends que la pharmacie spécialisée pourrait recevoir une rémunération pour les activités décrites dans la présente autorisation. Je comprends que lorsqu'ils seront divulgués à l'entreprise, mes renseignements divulgués dans le cadre de la présente autorisation pourraient ne plus être protégés par la loi fédérale de protection de la vie privée, y compris l'PIPEDA. Je comprends que j'ai droit à une copie de la présente autorisation. Je comprends que je peux annuler cette autorisation en tout temps en envoyant un avis de révocation écrit à Rhythm Pharmaceuticals, Inc., 222 Berkeley Street, 12th Floor, Boston, MA 02116. Je comprends qu'une telle révocation ne s'appliquera à aucuns renseignements déjà utilisés ou divulgués par l'entremise de cette autorisation. Je comprends que la révocation de mon autorisation mettra fin à ma participation aux services de soutien Rhythm EnHarmonie. Cette autorisation demeurera en vigueur durant cinq (5) ans à partir de la date d'aujourd'hui, sauf si une période plus courte est établie par une loi provinciale ou fédérale. Je comprends que je peux refuser de signer cette autorisation et que refuser de la signer ne changera pas la façon dont mon médecin, mes fournisseurs d'assurance maladie et de produits pharmaceutiques me traitent. Je comprends aussi que si je ne signe pas cette autorisation, je ne pourrai pas recevoir les services de soutien Rhythm EnHarmonie.

Je confirme, le cas échéant, que je suis le parent ou représentant légal du patient mineur identifié dans cette autorisation, et qu'en signant cette autorisation, je consens par la présente à inscrire le patient aux services et à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements décrits ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Nom du patient (le cas échéant)

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant légal et lien (le cas échéant)

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

La signature est un consentement à ce qui précède

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou représentant légal

Consentement verbal confirmé par le prescripteur  
(uniquement pour les visites virtuelles)

\_\_\_\_\_  
Signature du prescripteur