

**Ordonnance médicale et informations relatives aux traitements
par les produits Eylea®, Lucentis®, Ozurdex®, Beovu® et Vabysmo®**

RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT

Masculin Féminin Adresse: _____

Prénom : _____ Province: _____

Nom: _____ Ville: _____

Date de naissance: _____ Code postal: _____

Numéro de téléphone: _____ Numéro d'assurance-maladie: _____

Diagnostic: DMLA OMD OVCR OBVR MCNV Autre: _____

- Le patient répond aux critères de remboursement de la RAMQ
 Demande de patient d'exception acceptée par la RAMQ
 Le patient a une assurance privée (veuillez vous assurer que le patient a été approuvé par son assurance avant d'injecter)

Assureur: _____ Groupe: _____ Certificat: _____

ORDONNANCE MÉDICALE ET INFORMATIONS ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES

Rx: EYLEA PFS 2mg (aflibercept) DIN 02505355
Rx: LUCENTIS 0.5mg (ranibizumab) DIN 02425629
Rx: OZURDEX 0.7mg (dexamethasone) DIN 02363445
Rx: BEOVU 6mg (brolucizumab) DIN 02496976
Rx: VABYSMO 6mg (faricimab) DIN 02527618

Injection intravitréenne par le médecin: 1 dose 2 doses

Œil/yeux affecté(s): OD OG OU

2 ans Renouvellement: _____

Dr: _____ Licence: _____

Adresse: _____ Tél: _____

_____ Téléc.: _____

Signature: _____ Date: _____

Date de traitement/œil ou yeux injecté(s):

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

5 _____
6 _____
7 _____
8 _____

9 _____
10 _____
11 _____
12 _____

Le médicament qui vous est prescrit nécessite le maintien d'une "chaîne de froid". Si cette chaîne de froid n'est pas assurée, votre traitement ne pourra pas vous être administré. En conséquence, il est très important que votre pharmacien prenne connaissance des directives présentées au verso de votre ordonnance. Au besoin, les références indiquées peuvent être consultées.

VOIR VERSO CONSENTEMENT

CONSENTEMENT DU PATIENT

- J'ai posé toutes les questions voulues au sujet des particularités de mon traitement.
 - J'ai donné accès à mes informations personnelles et consens à ce que la pharmacie puisse communiquer avec mon médecin/PSP concernant mon dossier lorsque nécessaire.
 - Je consens à ce qu'elle puisse communiquer avec mon assureur au sujet d'une réclamation.
 - On m'a offert la possibilité de faire affaire avec ma pharmacie habituelle.
 - Je consens de manière libre et éclairée à ce que cette prescription soit exécutée par la pharmacie _____ ayant une entente administrative avec la clinique.

Signature: _____ Date: _____ Nom: _____
(patient ou son représentant légal) AAAA/MM/JJ (nom et lien avec le représentant légal)

EMBALLAGE POUR LIVRAISON

Composantes de l'emballage:

- Glacière de dimension intérieure 12 po x 12 po avec panneaux isolants sous vide (PIV) pouvant maintenir une température entre 2 et 8 °C durant 120 heures.
 - Accumulateurs de froid 12 po x 12 po sous forme de panneaux formant une chambre à isolation thermique.
 - Thermomètre à capteur interne avec marquage de données dans le temps. Couvre la plage de température désirée, possède des alarmes pour les températures hors intervalle, a une durée de vie adaptée au transport, est calibré et possède une certification de précision.

Conditionnement:

- Congeler les accumulateurs de froid à l'horizontale à -18°C et moins pour un minimum de 24h.
 - Sortir les accumulateurs de froid du congélateur 35 minutes avant l'emballage afin qu'ils atteignent 3-4.5°C.

L'emballage doit:

- Être scellé ou verrouillé
 - Indiquer les contraintes de conservation, de transport ainsi que l'adresse de livraison.

TRANSPORT ET LIVRAISON

- Emballer les médicaments dans des paquets distincts pour chaque médecin.
 - S'assurer que les conditions de transport permettent le maintien de la chaîne de froid et le respect de la confidentialité.
 - La livraison se fait le : _____
 - Remettre les produits en mains propre à une personne autorisée et s'assurer que cette dernière est informée des conditions d'entreposage.
 - Vérifier la température à l'arrivée à la clinique.
 - Il est très important de communiquer la veille de la livraison avec la clinique, aux coordonnées suivantes :