

RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Vous vous demandez comment les tests pharmacogénétiques peuvent vous aider ainsi que votre patient? Poursuivez votre lecture pour en savoir plus sur TreatGx^{plus}!

EN QUOI CONSISTE LE LOGICIEL TREATGX^{plus} ET COMMENT PEUT-IL AIDER MON PATIENT?

TreatGx^{plus} est un produit tout-en-un qui comprend le test pharmacogénétique myPGx, des rapports de test pharmacogénétique complets, et l'accès pour les cliniciens au logiciel TreatGx, un outil d'aide à la décision. Puisqu'il a pour objet des variantes génétiques précises, le test de TreatGx^{plus} vous permet de tirer de l'information exploitable sur le plan clinique et vous donne les outils automatisés nécessaires pour personnaliser la pharmacothérapie de vos patients et mieux les accompagner sur la voie de la guérison. La combinaison de la pharmacogénétique et d'autres renseignements propres au patient vous aideront à déterminer les médicaments et les doses de médicaments qui sont susceptibles d'être les plus sécuritaires et les plus efficaces pour le problème de santé de votre patient, **maintenant et à l'avenir**. *Si le logiciel TreatGx n'est pas intégré dans votre dossier médical électronique ou votre système de gestion de régime d'assurance médicaments et que vous souhaitez en savoir plus, communiquez avec nous.*

LE TEST PHARMACOGENÉTIQUE ET LE RAPPORT

Le test pharmacogénétique myPGx analyse l'association de plus de 60 variantes génétiques et d'une réponse modifiée à plus de 150 médicaments couramment utilisés. Le rapport complet comprend des renseignements sur la façon dont les résultats pharmacogénétiques de votre patient peuvent avoir une incidence sur sa réponse à chaque médicament. Chaque association médicament-gène est étayée par des données probantes provenant de la base de données PharmGKB ou des références à des étiquettes de médicament ou des études cliniques de Santé Canada, le cas échéant.

LE LOGICIEL TREATGX

Le logiciel TreatGx d'aide à la décision clinique se compose de plus de 45 algorithmes de traitement fondés sur des données probantes pour des problèmes de santé généralement traités dans le cadre des soins primaires. Chaque algorithme utilise les preuves et les directives les plus récentes pour offrir des options personnalisées de traitement médicamenteux à votre patient en fonction de la pharmacogénétique, des médicaments actuels, des facteurs de comorbidité, de son âge, de son poids, de ses fonctions rénales et hépatiques, ainsi que d'autres facteurs cliniques pertinents. Rendez-vous à <https://www.genxys.com/conditions-et-medicaments/?lang=fr> pour obtenir une liste complète des problèmes de santé et des médicaments inclus dans le logiciel.

UN PROCESSUS SIMPLE

1. **Remplissez le formulaire d'autorisation de GreenShield et le formulaire de consentement pharmacogénétique du patient de GenXys** (inclus dans le présent document).
2. **Envoyez le formulaire d'autorisation rempli par télécopieur à GreenShield au 1 866 797-6483** au nom de votre patient et envoyez le **formulaire de consentement du patient dûment rempli et signé par télécopieur directement à GenXys au 1 855 910-0813**. (Si la demande est approuvée par GreenShield, le patient recevra un code promotionnel et des renseignements détaillés sur la façon de commander le test et de soumettre son échantillon.)
3. Créez votre compte de professionnel de la santé à <https://cdn.portal.genxys.com/> et inscrivez-vous auprès de GenXys pour accéder au logiciel TreatGx.
4. Lorsque les résultats du test seront prêts, vous recevrez un rapport sommaire par télécopieur, ainsi qu'un avis par courriel. (Le patient peut également se connecter à son compte de patient pour inviter d'autres professionnels de la santé à consulter ses résultats.)
5. Accédez à votre compte de professionnel de la santé pour consulter le profil de votre patient, y compris son rapport de test pharmacogénétique et les recommandations, pour créer des options personnalisées et optimisées de médicaments grâce au logiciel TreatGx.

Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez les pages de ressources à www.genxys.com.



FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE
Important : Des renseignements incomplets ou manquants peuvent retarder le traitement de votre demande.
SECTION 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de famille	N° d'identification GreenShield	Nom de l'employeur	
Prénom	Date de naissance (M/J/A)	Numéro de téléphone	
Adresse (n° et rue)	Ville	Province	Code postal

J'autorise par la présente tout médecin ou dentiste, pharmacien, praticien, hôpital, clinique ou établissement médical à transmettre à GreenShield des renseignements sur ma santé relativement à la présente demande.

J'autorise GreenShield à obtenir et à échanger des renseignements personnels avec des tiers, selon les besoins, notamment des fournisseurs de soins de santé, programmes d'aide aux patients et fournisseurs membres du réseau de pharmacies privilégiées de GreenShield si ces renseignements sont nécessaires aux fins d'administration de l'assurance médicaments. Je comprends que mes renseignements personnels sont nécessaires pour évaluer l'admissibilité du médicament, administrer le régime d'assurance collective et, s'il y a lieu, administrer le réseau de fournisseurs pharmaceutiques privilégiés et les programmes de soutien aux patients en mon nom. Je comprends que mes renseignements personnels pourraient être échangés et transmis entre ces tiers aux fins susmentionnées; il peut s'agir notamment de renseignements sur mes demandes de remboursement de médicaments d'ordonnance, un diagnostic reçu, un problème de santé, un traitement et toute autre question liée à la santé. Je comprends que mon consentement aidera GreenShield à évaluer ma réclamation et que le fait de ne pas l'accorder pourrait retarder le traitement de ma demande ou entraîner son refus. Je peux révoquer ce consentement en tout temps au moyen d'un avis écrit envoyé à l'adresse ci-dessous.

Je comprends que mes renseignements personnels pourraient être transmis aux personnes autorisées en vertu de la loi applicable au Canada, seulement si ces renseignements sont nécessaires pour en vérifier l'exactitude ou administrer la présente assurance.

Je déclare que les renseignements fournis sont à ma connaissance complets et exacts.

Date _____ Signature du patient _____
(Dans le cas d'une personne âgée de moins de 16 ans, la signature du parent ou tuteur est requise.)

SECTION 2 RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Nom du professionnel de la santé	Signature du professionnel de la santé	Spécialité ou nom de la pharmacie	Date (M/J/A)
Adresse (n° et rue)		Numéro de téléphone	
Ville	Province	Code postal	Numéro de télécopieur

SECTION 3 RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS POUR ÉVALUATION

Pour la prise en charge du trouble dépressif majeur ou du trouble d'anxiété généralisée ou sociale modéré à grave qui n'a pas répondu de manière satisfaisante à au moins un médicament antérieur (selon une posologie et une durée appropriées¹).

Diagnostic traité et gravité de la maladie :

Trouble dépressif majeur

Trouble d'anxiété généralisée ou sociale

	Niveau de gravité	Score au QSP-9 ²
<input type="checkbox"/>	Minime	De 0 à 4
<input type="checkbox"/>	Léger	De 5 à 9
<input type="checkbox"/>	Modéré	De 10 à 14
<input type="checkbox"/>	Modérément grave	De 15 à 19
<input type="checkbox"/>	Grave	De 20 à 27

	Niveau de gravité	Score au GAD-7 ³
<input type="checkbox"/>	Minime	De 0 à 4
<input type="checkbox"/>	Léger	De 5 à 9
<input type="checkbox"/>	Modéré	De 10 à 14
<input type="checkbox"/>	Grave	De 15 à 21

Détails sur le traitement antérieur :

Nom du traitement antérieur : _____

Dose utilisée et fréquence d'administration : _____

Résultats du traitement antérieur : _____

¹ Durée appropriée : durée de traitement (à une dose thérapeutique) d'au moins quatre à six semaines.

² Le questionnaire sur la santé du patient (QSP-9, ou PHQ-9 pour Patient Health Questionnaire-9 en anglais) est un questionnaire d'autoévaluation en neuf points utilisé pour évaluer les neuf critères diagnostiques de la dépression. (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) – en anglais seulement

³ Le questionnaire sur le trouble anxieux (GAD-7, ou General Anxiety Disorder-7 en anglais) est un questionnaire d'autoévaluation en sept points utilisé pour évaluer la gravité des symptômes du trouble anxieux. (GAD-7; Spitzer et al. 2006) – en anglais seulement

Autres commentaires concernant les médicaments ou l'état de santé :

Veillez nous fournir des renseignements sur les autres protections (provinciale ou privée) concernant ce patient et ce (ces) médicament(s) :
Demande formulée pour une autre protection : Oui Non Approuvée Refusée

SECTION 4 DIRECTIVES D'ENVOI POSTAL

Veillez faire parvenir le formulaire dûment rempli, accompagné des reçus originaux officiels de la pharmacie, à :
GreenShield, Service d'autorisation préalable des médicaments, C. P. 1606, Windsor (Ontario) N9A 6W1

Le formulaire peut être transmis par télécopieur au 1 519 739-6483 (ou sans frais au 1 866 797-6483), ou par courriel à auto.prealable@greenshield.ca

Formulaire de consentement pharmacogénétique du patient

GenXys Health Care Systems Inc., Vancouver (C.-B.) Canada

Courriel : info@genxys.com Site : www.genxys.com

Renseignements sur le patient

Nom :	_____	Prénom :	_____
Date de naissance :	_____	Sexe à la naissance :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	MM / JJ / AAAA	M	F
Adresse :	_____		
	N°	Rue	App.
	Ville	Province	Code postal
Téléphone :	_____	Courriel :	_____

Consentement libre et éclairé du patient

Je confirme que j'ai suivi les instructions incluses dans la trousse de prélèvement d'échantillon dans la pleine mesure de mes moyens. Je comprends que mon échantillon et mes renseignements personnels seront envoyés à GenXys Health Care Systems Inc. (GenXys) pour effectuer l'analyse pharmacogénétique. Je comprends que GenXys me contactera pour un nouvel échantillon si un résultat ne peut être obtenu avec le premier échantillon. Je comprends que GenXys me contactera pour obtenir mon consentement si mes renseignements personnels doivent être divulgués, sauf si elle peut ou doit le faire sans mon consentement en vertu de la loi. J'ai examiné et compris les limites du test, l'énoncé de confidentialité et l'avis ci-dessous.

Signature du patient : _____ **Date :** _____
MM / JJ / AAAA

Envoyez une copie des résultats à mon professionnel de la santé (si applicable) :

Nom :	_____	Prénom :	_____
N° de permis d'exercice :	_____		
	Numéro du collège		
Clinique/Pharmacie :	_____		
Adresse :	_____		
	N°	Rue	Local
	Ville	Province	Code postal
Téléphone :	_____	Télécopie :	_____
	Obligatoire		Obligatoire

Instructions

1. **Préparation** : Rincez-vous la bouche avec de l'eau et évitez de manger, de boire, de fumer, de mâcher de la gomme ou de vous brosser les dents pendant les 30 minutes précédant le prélèvement de l'échantillon.
2. **Prélèvement de l'échantillon** : Ouvrez l'emballage et retirez l'écouvillon buccal du tube (ne touchez pas l'embout de l'écouvillon). Insérez l'embout de l'écouvillon d'un côté de la bouche et frottez-le fermement contre la joue pendant au moins 30 secondes en évitant de toucher les dents. Répétez de l'autre côté de la bouche.
3. Remettez l'écouvillon buccal dans le tube, puis fermez le tube.
4. **Étiquetage du tube** : Appliquez l'autocollant à code-barres sur le tube, dans le sens de la longueur (voir l'image sur la page d'instructions).
5. Placez le tube de prélèvement dans le sac à échantillons, et fermez le sac.
6. Remettez le sac à échantillons dans sa boîte.
7. **Dernière vérification** : Vérifiez que tout y est :
 - le sac à échantillons fermé concernant le tube de prélèvement fermé et étiqueté;
 - le présent formulaire de consentement avec le code-barres correspondant.
8. Scellez la boîte avec la bande adhésive.
9. **Envoi par la poste** : Envoyez l'échantillon dès que possible après le prélèvement. Déposez le colis dans une boîte aux lettres de Postes Canada. La boîte de retour est adressée et affranchie.

Comment utilisez-vous mon échantillon après l'avoir testé?

Aucun test additionnel ne sera effectué à partir de votre échantillon de salive à moins que votre professionnel de la santé ne l'ait autorisé. GenXys va transmettre vos résultats uniquement au professionnel de la santé désigné dans ce formulaire, à moins d'indication contraire de votre part ou dans les cas exigés par la loi, les règlements ou un processus judiciaire.

Limites du test

Ce test n'est pas un test diagnostique, et TreatGx n'est pas un logiciel médical d'aide à la prescription. Vous devriez discuter de votre information pharmacogénétique avec votre professionnel de la santé avant de prendre des mesures à la lumière des résultats du test. La liste de marques de médicaments dans le rapport n'est pas nécessairement complète et n'inclut pas les combinaisons de médicaments. Les médicaments dans le rapport pharmacogénétique ne sont pas tous inclus dans les logiciels de TreatGx et ReviewGx.

Le rapport pharmacogénétique inclut des allèles correspondant aux protéines qui métabolisent plusieurs médicaments. Dans des cas rares, un variant génétique qui n'est pas inclus dans le test peut être désigné par *1 ou d'autres variants. Dans le cas de pseudogènes et de mutations dans les régions non traduites, l'identification de l'allèle peut être erronée malgré l'identification véridique du SNP. L'amplification préférentielle d'un allèle en particulier peut causer un faux génotypage.

Énoncé de confidentialité

Vos renseignements personnels et toutes les données résultant du test, y compris l'information pharmacogénétique, seront utilisés pour la gestion de l'assurance de qualité et divulgués avec les professionnels de la santé qui vous traitent. Ces données sont utilisées et divulguées par ailleurs dans la mesure autorisée ou requise par la loi sur la protection des renseignements personnels de la Colombie-Britannique et les lois et règlements connexes. Nos politiques de confidentialité sont accessibles sur www.genxys.com.

Avis

Nous croyons que vous et votre professionnel de la santé devriez discuter ensemble de la possibilité d'intégrer les résultats de votre test pharmacogénétique dans votre plan de traitement, en tenant compte de tous les autres facteurs (antécédents médicaux, médicaments, et autres facteurs biophysiques).