

**Certificat de vaccinare**  
(în vederea inițierii tratamentului cu Soliris (eculizumab) sau Ultomiris (ravulizumab))

Alexion Pharma și AstraZeneca SRL prelucrează datele cu caracter personal referitoare la pacienții care primesc tratament cu Soliris/Ultomiris și pe ale profesioniștilor din domeniul sănătății implicați în managementul terapeutic al pacientului, în scopul gestionării și reducerii riscului asociat cu utilizarea Soliris/Ultomiris, conform cerințelor legale. Astfel de date cu caracter personal se vor referi la data nașterii pacientului <<(doar luna și anul)>>, tipul de tratament și medicația prescrisă legate de certificatul de vaccinare, în timp ce pentru profesioniștii din domeniul sănătății prelucrăm date personale precum numele, spitalul, la transmiterea Certificatului de vaccinare al pacientului, atunci când sunt identificați ca medici prescriptori, și adresa de e-mail, la transmiterea Certificatului de vaccinare în format electronic. Ne puteți contacta oricând pentru a întreba ce date cu caracter personal procesăm despre dumneavoastră, pentru a ne solicita să corectăm datele cu caracter personal inexacte, să renunțăm la sau să eliminăm anumite procesări de date cu caracter personal, dreptul de a vă opune din motive legate de situația dumneavoastră particulară, în orice moment, față de prelucrarea datelor dumneavoastră cu caracter personal de către noi și să vă retrageți consimțământul pentru o anumită prelucrare a datelor dumneavoastră cu caracter personal. În cazul în care o astfel de solicitare pune Alexion/AstraZeneca sau afiliații săi în situația de a încălca obligațiile care îi revin în temeiul legilor, regulamentelor sau codurilor de practică aplicabile, atunci este posibil ca Alexion/AstraZeneca să nu poată îndeplini cererea dumneavoastră. Pentru a vă exercita drepturile, contactați: [privacy@alexion.com](mailto:privacy@alexion.com) sau [privacy@astrazeneca.com](mailto:privacy@astrazeneca.com).

<b><u>CERTIFICAT DE VACCINARE</u></b>				
Acest formular trebuie completat și transmis către AstraZeneca înainte de inițierea terapiei cu SOLIRIS (Eculizumab) sau ULTOMIRIS (Ravulizumab) (conform solicitării Agenției Europene a Medicamentului)				
Această acțiune este <b>obligatorie</b> înainte de a se putea realiza orice livrare.				
<b>De transmis imediat prin FAX sau ca document PDF scanat, prin E-MAIL</b>				
Către: <<AstraZeneca>>	Fax /Email:	<a href="mailto:farmacovigilenta@astrazeneca.com">farmacovigilenta@astrazeneca.com</a>	Pagina 1 din	
<b>Numele medicului prescriptor:</b>				
<b>Unitatea sanitară:</b>			<b>Telefon:</b>	
<b>Adresa:</b>			<b>Fax:</b>	
<b>Oraș:</b>		<b>Țara:</b>		<b>Email:</b>
Informații despre medicament și indicația				
Pacientul va primi tratament cu:				
<input type="checkbox"/> SOLIRIS (eculizumab)	<b>Indicație</b>	<input type="checkbox"/> HPN <input type="checkbox"/> SHUa <input type="checkbox"/> MGg <input type="checkbox"/> TSNMO	Alta: (vă rugăm să specificați)	
<input type="checkbox"/> ULTOMIRIS (ravulizumab)	<b>Indicație</b>	<input type="checkbox"/> HPN <input type="checkbox"/> SHUa <input type="checkbox"/> MGg <input type="checkbox"/> TSNMO	Alta: (vă rugăm să specificați)	
<i>Se introduce doar dacă produsul este disponibil prin GATM</i>				
<b>ID-ul pacientului în proiectul Global Access to Medicines (GATM):</b>				
Informații despre pacient				
<b>Data nașterii</b> (ll/aaaa)	____/____/____	Pacientul este/va fi inclus în regimul de boală: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu		
Angajament				
Subsemnatul _____, mă angajez prin prezenta să mă asigur sau să confirm că:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Trebuie să explic pacientului/părintelui (părinților)/tutorelui (tutorilor) legal tratamentul cu inhibitor de complement, să furnizez pacientului Informarea privind prelucrarea datelor cu caracter personal și toate informațiile necesare, inclusiv cardul pacientului (format tipărit) și materialele educaționale relevante înainte de a începe tratamentul cu inhibitor al complementului.</li> <li>Pacientul este vaccinat împotriva infecțiilor meningococice cu cel puțin 2 săptămâni înaintea administrării tratamentului cu inhibitor al complementului. Pacienții care inițiază tratamentul cu inhibitor al complementului cu mai puțin de 2 săptămâni după ce au primit un vaccin meningococic vor primi tratament profilactic cu antibiotic adecvat până la 2 săptămâni după vaccinare.</li> <li>Pacientul este vaccinat împotriva tuturor serotipurilor disponibile de infecții meningococice de <i>Neisseria meningitidis</i> conform ghidului național de vaccinare.</li> </ul>				

<b>Semnătura:</b> _____	<b>Data:(zz-ll-aaaa):</b> ____/____/____
După validarea de către Alexion, pacientului i se va aloca un cod unic de identificare a pacientului (ID) care vă va fi transmis prin datele de contact pe care le-ați furnizat în acest certificat. ID-ul pacientului și data nașterii pacienților <b>TREBUIE</b> să fie menționate pe toate comenzile de medicamente.	
<b>DOAR PENTRU UZ INTERN</b>	
Codul de referință SAP: _____ va fi completat de Alexion	