

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

NOUVELLE INSCRIPTION RENOUELEMENT

RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) PATIENT(E)	
PRÉNOM :	
NOM :	
DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA) : JJ / MM / AAAA	SEXE : <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME
<input type="checkbox"/> ALLERGIES DÉTAILS :	
ADRESSE :	
VILLE :	
PROVINCE :	CODE POSTAL :
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL : <input type="checkbox"/> AUTORISATION DE LAISSER UN MESSAGE	
AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :	
AUTRE CONTACT ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : <input type="checkbox"/> AUTORISATION DE LAISSER UN MESSAGE	
COURRIEL :	
MEILLEUR MOMENT POUR APPELER :	LANGUE PRÉFÉRÉE :
<input type="checkbox"/> MATIN	<input type="checkbox"/> ANGLAIS
<input type="checkbox"/> APRÈS-MIDI	<input type="checkbox"/> FRANÇAIS
<input type="checkbox"/> SOIRÉE	<input type="checkbox"/> AUTRE
COUVERTURE D'ASSURANCE	
<input type="checkbox"/> PRIVÉE <input type="checkbox"/> PUBLIQUE <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> INCONNUE	

CONSENTEMENT DU (DE LA) PATIENT(E) :	
PAR LA PRÉSENTE, JE CONFIRME AVOIR LU ET COMPRIS LES INFORMATIONS RELATIVES AU CONSENTEMENT DU (DE LA) PATIENT(E) AU VERSO DE CE FORMULAIRE, ET J'ACCEPTE DE PARTICIPER AU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS DE	
X _____ SIGNATURE DU (DE LA) PATIENT(E)	_____/_____/_____ DATE (JJ/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> CONSENTEMENT VERBAL OBTENU LE (JJ/MM/AAAA) :	
RAISON DU CONSENTEMENT VERBAL :	

INFORMATIONS SUR LA PRESCRIPTION (à faire remplir par le médecin)	
INDICATIONS CONCERNANT L'INXERMELO™ (telotristat éthyl) : LA DIARRHÉE DU SYNDROME CARCINOÏDE RÉFRACTAIRE, en association avec le traitement par analogue de la somatostatine (ASS), chez les patients insuffisamment contrôlés par le traitement par ASS seul.	
<input type="checkbox"/> DOSE ET TRAITEMENT ACTUELS D'ASS :	
DOSE (ORALE) :* 250 MG TROIS FOIS PAR JOUR, AUTRES	DATE DE LA PREMIÈRE DOSE (JJ/MM/AAAA) : JJ / MM / AAAA
QUANTITÉ :	RENOUELEMENTS :
AUTRES INSTRUCTIONS :	
X _____ SIGNATURE DU MÉDECIN : _____/_____/_____ NOM DU MÉDECIN (EN LETTRES MOULÉES) DATE (JJ/MM/AAAA)	
MÉDECIN/RENSEIGNEMENTS SUR LE BUREAU	
MÉDECIN/HÔPITAL/NOM DE LA CLINIQUE	
NUMÉRO DE LICENCE DU MÉDECIN :	
RUE :	
VILLE :	PROVINCE :
CODE POSTAL :	TÉLÉCOPIEUR :
COURRIEL :	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN :	

CONSENTEMENT DU MÉDECIN	
PAR LA PRÉSENTE, JE CONFIRME QUE J'AI OBTENU LE CONSENTEMENT OU, LE CAS ÉCHÉANT, QUE J'AI DANS MON DOSSIER UNE AUTORISATION DU (DE LA) PATIENT(E) POUR DIVULGUER ET AUTORISER LA DIVULGATION ULTÉRIEURE DES INFORMATIONS RELATIVES À LA SANTÉ ET À L'ASSURANCE DU (DE LA) PATIENT(E) AUX FINS DE L'INSCRIPTION ET DE LA PARTICIPATION AU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS DE XERMELO.	
X _____ MÉDECIN/SOINS DE SANTÉ	_____/_____/_____ DATE (JJ/MM/AAAA)

Pour vous inscrire, veuillez télécopier le formulaire dûment complété au numéro sans frais suivant :



1 866 417-1945

Pour en savoir plus sur le programme,



Appelez au 1 877 318-4462

Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h HE



Les formulaires complétés électroniquement peuvent être envoyés par courriel à :

xermelo@bayshore.ca

ASS=analogue de la somatostatine
* Voir la monographie de Xermelo pour des informations complètes sur la posologie.

LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS DE XERMELO est un programme de soutien qui fournit des services aux patients à qui un traitement de XERMELO a été prescrit.

Consentement à la divulgation et à l'utilisation de renseignements personnels et/ou de renseignements médicaux personnels

Le programme de soutien aux patients de Xermelo (le « Programme ») est parrainé par SERB SAS, géré par Methapharm Inc. et administré par Bayshore Specialty Rx, Ltd. (« Fournisseur de services »). En signant ce formulaire d'inscription, vous acceptez de vous inscrire au programme et consentez à être contacté par le fournisseur de services dans le cadre de l'administration des services du programme.

Vous reconnaissez que le fournisseur de services pourrait avoir besoin de vos renseignements personnels, y compris des renseignements personnels sur votre santé (les « renseignements personnels »), pour appliquer le programme et qu'à cette fin, il pourrait communiquer avec vous, votre médecin ou un autre professionnel de la santé. Vous autorisez que votre médecin ou autre professionnel de la santé divulgue des renseignements personnels au fournisseur de services et convenez que cette autorisation comprend toute divulgation initiale de renseignements personnels lors de l'inscription au programme ainsi que la communication continue entre votre médecin et le fournisseur de services au cours de votre participation au programme. Vous reconnaissez qu'au cours de votre participation au programme, le fournisseur de services peut divulguer des renseignements personnels à votre médecin ou à un autre professionnel de la santé relativement aux services que vous recevez dans le cadre du programme, y compris les résultats d'enquêtes et/ou des renseignements sur votre santé ou le traitement.

Vous autorisez le fournisseur de services à collecter vos informations personnelles ou les données vous concernant et à divulguer ces informations qui peuvent être dépersonnalisées, anonymisées ou agrégées à SERB SAS et à ses fournisseurs de services afin d'établir des rapports, d'évaluer, d'auditer, de contrôler, d'améliorer et/ou d'évaluer le programme. Elles peuvent également être utilisées pour la recherche, l'éducation, l'analyse commerciale, le marketing, les prévisions et les publications, afin d'identifier les tendances telles que l'utilisation des produits, l'adhésion et les résultats.

En signant ce formulaire, vous confirmez que vous avez lu les informations relatives au consentement du (de la) patient(e) dans le cadre du programme, que vous avez eu l'occasion de poser à votre médecin et/ou à un autre professionnel de la santé toutes les questions que vous pourriez avoir sur le programme, et que toutes les questions que vous avez posées ont reçu une réponse satisfaisante.

Divulgation

En signant ce formulaire, vous confirmez également que vous comprenez et acceptez ce qui suit :

De temps à autre, le Programme peut être tenu de divulguer vos informations personnelles à des tiers. Par exemple, les informations personnelles concernant les effets indésirables liés aux médicaments peuvent être collectées par le Fournisseur de services ou un agent de SERB SAS et soumises à Santé Canada, une autorité réglementaire qui participe à la collecte des rapports sur les effets indésirables liés aux médicaments. Toutefois, les informations fournies ne divulgueront pas votre identité, mais comprendront des détails tels que vos initiales, votre date de naissance, votre âge, votre poids, votre taille et d'autres informations accessoires pertinentes, ainsi que tout événement indésirable suspecté que vous avez pu subir. Vous acceptez d'être contacté par le fournisseur de services ou par un agent de SERB SAS afin d'obtenir de plus amples informations ou des éclaircissements concernant tout événement indésirable que vous pourriez subir. De même, vous consentez à ce que le fournisseur de services ou un agent de SERB SAS contacte votre médecin ou un

autre professionnel de la santé dans le même but.

Certains des tiers à qui vos renseignements personnels peuvent être divulgués peuvent ne pas être situés au Canada, de sorte que vos renseignements personnels peuvent être transmis et/ou stockés à l'extérieur du Canada. Ces tiers peuvent être, par exemple, des pharmacies, des compagnies d'assurance ou des programmes de paiement de médicaments financés par des fonds publics.

Vos informations personnelles seront stockées de manière sécurisée et confidentielle, l'accès à vos informations personnelles étant limité au personnel autorisé. Des mesures de sauvegarde seront utilisées pour protéger vos informations personnelles contre tout accès, toute divulgation et toute utilisation non autorisés.

Dans la mesure où le programme vous aide à obtenir la couverture ou le remboursement du coût d'acquisition de XERMELO par votre régime d'assurance médicaments provincial, votre compagnie d'assurance ou toute autre source de financement, le programme déploiera tous les efforts jugés raisonnables, mais ne peut garantir le succès de l'obtention de cette couverture ou de ce remboursement.

Modifications apportées au programme

Vous comprenez et acceptez que SERB SAS puisse, à tout moment et sans préavis, modifier les services fournis par le Programme, modifier les conditions d'admissibilité pour obtenir ces services, interrompre le Programme en totalité ou en partie, et mettre fin à l'assistance fournie dans le cadre du Programme.

De temps à autre, SERB SAS peut désigner un autre fournisseur de services pour l'aider à administrer le programme. Vous autorisez SERB SAS ou le fournisseur de services à transférer vos informations personnelles et l'historique de votre programme à un nouveau fournisseur de services sélectionné par SERB SAS dans le cadre de l'administration du programme.

Le consentement à être contacté

Outre la possibilité d'être contacté qui est décrite ci-dessus et au recto de ce formulaire, vous acceptez également d'être contacté par le fournisseur de services ou un agent de SERB SAS aux fins d'enquêtes de satisfaction concernant le programme, et vous consentez à ce que vos coordonnées soient fournies à l'agent de SERB SAS à cette fin.

Demande d'accès et retrait du consentement

Vous avez le droit de révoquer votre consentement à tout moment ou de demander l'accès et/ou la correction des informations personnelles que le fournisseur de services, SERB SAS ou l'agent de SERB SAS détiennent sur vous et d'obtenir des informations sur la manière dont les informations personnelles ont été utilisées, sous réserve de toute restriction légale. Pour révoquer votre consentement ou demander un accès, vous pouvez communiquer avec le programme au 1 877 318-4462 ou avec le fournisseur de services à l'adresse suivante : Bayshore Specialty Rx Ltd. 2101 Hadwen Road, Mississauga, ON L5K 2L3. Vous comprenez que les informations personnelles déjà recueillies et/ou divulguées avant que vous ne révoquiez votre consentement seront conservées. Vous comprenez que XERMELO est un produit spécialisé et qu'il n'est disponible que dans la pharmacie spécialisée exploitée par le fournisseur de services pour le compte du programme. Vous n'êtes pas tenu de consentir à cette autorisation; toutefois, votre participation à ce programme est requise pour que vous puissiez avoir accès à XERMELO. Si vous choisissez de ne pas consentir, ou si vous révoquez votre consentement ultérieurement et que du fait même vous vous retirez du programme, vous n'aurez pas droit aux services offerts par le Programme.