methapharm
Administré par Bayshore Specialty Rx

Téléphone sans frais: 1-877-318-4462
Télécopieur : 1-866-417-1945
quinsair@bayshore.ca

QUINSAIR

Solution de lévofloxacine pour inhalation

Formulaire d'inscription

☐ Nouvelle inscription ☐ Renouvellement

Renseignements sur le patient

Prénom: _____ Nom de famille: _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA): ____/____/_____ Sexe: ☐ M ☐ F
Adresse: _____ Ville: _____
Province: _____ Code postal: _____
Téléphone principal: _____ Téléphone secondaire: _____
Autorisation de laisser un message: ☐ Oui ☐ Non Meilleur temps pour contact: ☐Matin ☐ Après-midi ☐ Soir
Courriel: _____

Renseignements sur le régime d'assurance médicale

Le patient a accès à:

☐ Régime public (ex.: Trillium, ODB, Blue Cross, BC Pharma Care, RAMQ, etc.)
Détails: _____
☐ Régime privé (assurance privée)
Détails: _____
☐ Ce patient paiera comptant

Renseignements sur le médecin / cabinet

Nom du médecin: _____ Hôpital / Clinique: _____
Numéro de permis: _____ Adresse: _____
Ville: _____ Province: _____
Code postal: _____ Télécopieur: _____
Téléphone: _____ Meilleur contact: ☐ Matin ☐ Après-midi ☐ Soir
Contact principal du cabinet: _____ Numéro du contact: _____

Ordonnance (à remplir par le médecin)

☐ QUINSAIR (solution de lévofloxacine pour inhalation)
240 mg administrés par inhalation deux fois par jour (28 jours avec traitement / 28 jours sans traitement)

Provision de 28 jours:_____ Nombre de renouvellement: _____

Instructions particulières:
_____
_____

Signature du médecin:_____Date:_____/_____/ _____

Consentement du patient

Je confirme avoir lu et compris les renseignements relatifs au consentement du patient de Bayshore figurant à la page 2, et j'accepte de m'inscrire au Programme de soutien aux patients Quinsair. J'autorise Bayshore à recueillir, utiliser, divulguer et conserver mes renseignements personnels sur la santé conformément à la page 2 aux fins de l'administration du Programme et de la prestation des services. Je comprends que ma participation est volontaire et que je peux retirer mon consentement en communiquant avec le Programme.

Nom du patient / représentant légal: _____
Signature:_____Date:_____/_____/_____
Consentement verbal obtenu: ☐ Oui Date:_____/_____/ _____
Obtenu par: _____

QUINSAIR® is a registered trademark of Horizon Therapeutics U.S. Holding LLC., licensed to Chiesi Farmaceutici S.p.A, distributed in Canada by Methapharm Inc.

methapharm
Specialty Pharmaceuticals
Administré par Bayshore Specialty Rx

QUINSAIR

Solution de lévofloxacine pour inhalation

Téléphone sans frais: 1-877-318-4462
Télécopieur : 1-866-417-1945
quinsair@bayshore.ca

RECONNAISSANCE ET CONSENTEMENT DU PATIENT BAYSHORE

Le Programme de soutien aux patients Quinsair (le « Programme ») est financé par Methapharm Specialty Pharmaceuticals (le « commanditaire ») et administré par Bayshore Specialty Rx Ltée (« Bayshore »). Le Programme offre des services de soutien aux patients pouvant comprendre de l'aide au remboursement, des services de pharmacie et la coordination des soins liés à QUINSAIR. Bayshore se réserve le droit de modifier le Programme ou d'y mettre fin en tout temps, sans préavis.

Bayshore s'engage à protéger la confidentialité des patients et leurs renseignements personnels sur la santé, y compris les renseignements personnels comme le nom, l'adresse, les coordonnées, la date de naissance et les renseignements financiers, ainsi que les renseignements sur la santé comme les antécédents médicaux, les problèmes de santé et les renseignements sur l'assurance maladie (collectivement, les « renseignements personnels sur la santé »), conformément aux lois applicables.

Mon professionnel de la santé m'a prescrit QUINSAIR et m'a dirigé vers le Programme. J'ai discuté avec mon professionnel de la santé des avantages et des risques du traitement. Je comprends que le Programme ne fournit pas de conseils médicaux, de diagnostic ni de recommandations thérapeutiques, et j'adresserai toute question clinique à mon professionnel de la santé. Je souhaite m'inscrire au Programme afin de recevoir les Services liés à QUINSAIR.

En signant ci-dessous, je reconnais, comprends et accepte ce qui suit :
• Bayshore peut recueillir, utiliser, divulguer et conserver mes renseignements personnels sur la santé afin de fournir les Services, coordonner les soins, administrer et surveiller le Programme, signaler les événements indésirables ou les plaintes relatives à la qualité des produits lorsque requis et se conformer aux lois applicables.
• Mes renseignements personnels sur la santé peuvent être recueillis auprès de mes professionnels de la santé, infirmières, pharmaciens, assureurs, du commanditaire du Programme (Methapharm Specialty Pharmaceuticals), des laboratoires et des fournisseurs de services, ou leur être divulgués, dans la mesure raisonnablement nécessaire aux fins décrites ci-dessus.
• Bayshore peut communiquer avec moi par téléphone, messagerie vocale, courriel, courrier ou tout autre moyen de communication approuvé en utilisant les renseignements que j'ai fournis, et je suis responsable de tous les frais de communication qui pourraient en découler.
• Mon professionnel de la santé peut transmettre au Programme le présent formulaire d'inscription et l'ordonnance dûment remplis et signés. Le formulaire signé confirme mon inscription au Programme, documente mon consentement et permet la prestation des services.
• Mon assureur peut divulguer au Programme les renseignements concernant ma couverture, et Bayshore peut utiliser ces renseignements pour vérifier la couverture et soutenir les démarches de remboursement associées à QUINSAIR.
• Ma participation est volontaire. Je peux retirer mon consentement à tout moment en communiquant avec le Programme. Le retrait du consentement n'aura pas d'effet rétroactif et pourrait nuire à la capacité de Bayshore de fournir les Services ou mettre fin à ma participation au Programme.
• Je peux demander l'accès à mes renseignements personnels sur la santé ou leur correction en communiquant avec le Programme ou avec le responsable de la protection de la vie privée de Bayshore.

RETRAIT DU CONSENTEMENT, ACCÈS OU QUESTIONS SUR LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE
Communiquez avec le Programme de soutien aux patients Quinsair ou avec Bayshore Specialty Rx Ltée, 2101 Hadwen Road, Mississauga (Ontario) L5K 2L3.
Responsable de la protection de la vie privée de Bayshore : 1-800-668-9490, poste 77001 | privacyofficer@bayshore.ca

SIGNATURE DU PATIENT / DU REPRÉSENTANT DÉCISIONNEL SUBSTITUT

Nom imprimé: _____ Lien, le cas échéant: _____
Signature: _____ Date (JJ/MM/AAAA):_____/_____/ _____

QUINSAIR® is a registered trademark of Horizon Therapeutics U.S. Holding LLC., licensed to Chiesi Farmaceutici S.p.A, distributed in Canada by Methapharm Inc.