

# ENROLMENT FORM

## PATIENT INFORMATION (to be completed by patient)

First name: \_\_\_\_\_ Last name: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_ mm \_\_\_\_ dd \_\_\_\_ yy Gender:  M  F  
 Home address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_  
 Home Telephone #: \_\_\_\_\_ May we leave a message?  Yes  No  
 Work Telephone #: \_\_\_\_\_ May we leave a message?  Yes  No  
 Cell phone #: \_\_\_\_\_ May we leave a message?  Yes  No  
 Best time to call:  Morning  Afternoon  Evening  
 Preferred language of correspondence:  English  French  
 Email address: \_\_\_\_\_

## PHYSICIAN INFORMATION

Name (prescribing physician): \_\_\_\_\_  
 Phone #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_  
 Email address: \_\_\_\_\_  
 Name of Clinic Contact or Nurse Coordinator: \_\_\_\_\_  
 Phone # (if different from above): \_\_\_\_\_  
 Fax # (if different from above): \_\_\_\_\_

## PHYSICIAN AUTHORIZATION

I hereby certify that I am prescribing BENLYSTA<sup>™</sup> for this patient in accordance with its intended use as outlined in the Product Monograph (available at [www.gsk.ca](http://www.gsk.ca)).

Physician signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Preferred site of Infusion Administration

BENLYSTA<sup>™</sup> Monarch Program Infusion Clinic  Other (please specify): \_\_\_\_\_

## PATIENT AUTHORIZATION

BENLYSTA<sup>™</sup> Monarch Program ("Program") is designed to facilitate access to BENLYSTA<sup>™</sup>. The Program is sponsored by GlaxoSmithKline Inc. ("GSK") and is administered by McKesson Canada Corporation ("McKesson"), an independent third party, located in Montreal, Quebec.

By signing this authorization ("Authorization"), I hereby consent to enrol in the Program. I acknowledge that in order to enrol in the Program, and to continue my participation in the Program once enrolled, McKesson may collect and store (i) personal information, including the information provided on the Enrolment Form "Personal Information"; (ii) medical information as it relates to my medical condition for which BENLYSTA<sup>™</sup> has been prescribed, "Medical Information"; and (iii) financial information, "Financial Information". Personal Information, Medical Information and Financial Information (collectively, "My Information") will be collected by McKesson, from me, my caregivers and my Physician as set out below. My information may also be collected by a clinic associated with the Program, for the administration of BENLYSTA<sup>™</sup>, ("Clinic") if I so choose to receive the administration of BENLYSTA<sup>™</sup> at such Clinic. My Personal and Medical Information shall be collected and used solely for purposes related to my participation in the Program and may be shared only in accordance with the Permitted Disclosures below.

My Financial Information shall be collected solely for the purposes of verifying and arranging for insurance coverage or to assist me in obtaining financial assistance. I acknowledge that I may be contacted as part of any audit, as may be required, to verify that any financial information collected from me is accurate and that my participation in the Program is valid.

I understand, accept and agree that My Information may be disclosed by McKesson only for the following purposes, unless my consent is obtained: (i) disclosure of My Information to GSK, to the extent such disclosure is necessary for GSK to fulfil its regulatory obligations, (ii) disclosure of My Information to any party to the extent such disclosure is required by applicable law, regulation or court order, (iii) disclosure of Personal Information to GSK to allow it to assess, audit or improve the Program, (iv) disclosure in an aggregate form, of non-personally identifiable information regarding Program participation and outcomes to GSK; (v) disclosure of My Information to my health insurer(s) to determine my coverage for BENLYSTA<sup>™</sup>; and (vi) disclosure of My Information to Clinic staff, and/or my healthcare professionals, to the extent such disclosure is necessary for the administration of the Program.

McKesson may establish and maintain a file of My Information for the purposes described above, which will be accessible at McKesson BENLYSTA<sup>™</sup> Monarch Program, 1 Concorde Gate, 4<sup>th</sup> Floor, Toronto ON, M3C 3N6. My Information will be stored by McKesson in a secure and confidential database, with access to the database restricted to authorized employees and mandataries. Safeguards are used to protect My Information against unauthorized access, disclosure, copying, use or modification. I have the right to request access to My Information that McKesson has on file, subject to applicable legal restrictions, which includes the right to correct that information and to receive an account of how it has been used and a list of the organizations to whom it has been disclosed. I understand that to request access or to make inquiries or complaints, I can write to McKesson at the address provided above.

I understand that, (i) I do not have to consent to this Authorization but, if I do not, I will not be able to participate in the Program; (ii) consenting to this Authorization is not a requirement for insurance coverage and will not affect my insurance enrolment; (iii) participation in the Program is not required for me to have access to BENLYSTA<sup>™</sup>; (iv) GSK may cancel the Program at any time.; (v) I may revoke this Authorization at any time by sending a signed letter of revocation to Fax:1-855-788-3140 or Mail: BENLYSTA<sup>™</sup> Monarch Program, 1 Concorde Gate, 4<sup>th</sup> Floor, Toronto ON, M3C 3N6, but, if I do so, I will no longer be able to participate in the Program; (vi) revoking the Authorization will prohibit disclosures of My Information by McKesson AFTER the date my letter of revocation is received and processed, but will not affect McKesson's ability to use the disclosed information already received, solely for the purposes of the Program; and (vii) unless and until revoked, this Authorization is valid for as long as I am enrolled in the Program or for one full year from the date signed, whichever is longer in duration.

Patient signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (à remplir par le patient)

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ jj \_\_\_\_\_ aa Sexe :  H  F  
 Adresse (domicile) : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Pouvons-nous laisser un message?  Oui  Non  
 N° de téléphone (travail) : \_\_\_\_\_ Pouvons-nous laisser un message?  Oui  Non  
 N° de téléphone (cellulaire) : \_\_\_\_\_ Pouvons-nous laisser un message?  Oui  Non  
 Moment le plus propice pour vous appeler :  Matin  Après-midi  Soir  
 Langue de correspondance :  Anglais  Français  
 Courriel : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Nom (médecin prescripteur) : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° de télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_  
 Nom de la personne-ressource à la clinique ou de l'infirmière coordonnatrice : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone (s'il diffère du numéro ci-dessus) : \_\_\_\_\_  
 N° de télécopieur (s'il diffère du numéro ci-dessus) : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DU MÉDECIN

Par la présente, j'atteste que je prescris BENLYSTA<sup>MC</sup> au patient indiqué ci-dessus conformément aux indications d'emploi décrites dans la monographie du produit (disponible à l'adresse [www.gsk.ca](http://www.gsk.ca)).

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### Centre de perfusion préféré

Clinique de perfusion du programme monarche de BENLYSTA<sup>MC</sup>  Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DU PATIENT

Le programme monarche de BENLYSTA<sup>MC</sup> (le « programme ») est conçu pour faciliter l'accès à BENLYSTA<sup>MC</sup>. Le programme est parrainé par GlaxoSmithKline Inc. (« GSK ») et il est administré par McKesson Canada (« McKesson »), un tiers indépendant dont le siège social est situé à Montréal (Québec).

Par ma signature du présent formulaire d'autorisation (« autorisation »), je consens à participer au programme. Je comprends que, pour être inscrit au programme et y maintenir ma participation par la suite, McKesson peut recueillir et stocker (i) des renseignements personnels, y compris les renseignements fournis sur le formulaire d'inscription (les « renseignements personnels »), (ii) des renseignements d'ordre médical liés au trouble médical pour lequel BENLYSTA<sup>MC</sup> a été prescrit (les « renseignements d'ordre médical ») et (iii) des renseignements d'ordre financier (les « renseignements d'ordre financier »). McKesson recueillera les renseignements personnels, les renseignements d'ordre médical et les renseignements d'ordre financier (collectivement appelés « mes renseignements ») de moi, de mes fournisseurs de soins et de mon médecin comme il est prévu ci-après. Mes renseignements peuvent également être recueillis par une clinique liée au programme, pour l'administration de BENLYSTA<sup>MC</sup> (la « clinique ») si je choisis de recevoir l'administration de BENLYSTA<sup>MC</sup> à cette clinique. Mes renseignements personnels et mes renseignements d'ordre médical seront recueillis et utilisés uniquement pour les besoins liés à ma participation au programme et ils ne peuvent être partagés que conformément aux divulgations permises ci-après.

Mes renseignements d'ordre financier seront recueillis seulement dans le but de vérifier ma couverture d'assurance, de prendre des dispositions relatives à cette couverture ou de m'aider à obtenir une aide financière. Je consens à ce qu'on communique avec moi pour les besoins de toute vérification qui pourrait être requise afin de vérifier l'exactitude des renseignements d'ordre financier recueillis auprès de moi ainsi que la validité de ma participation au programme.

Je comprends et accepte que McKesson ne peut communiquer mes renseignements que pour les fins suivantes, à moins d'avoir obtenu mon consentement : (i) la communication de mes renseignements à GSK dans la mesure où cette communication est nécessaire pour permettre à GSK de remplir ses obligations réglementaires; (ii) la communication de mes renseignements à quiconque dans la mesure où cette communication est prescrite par une loi, un règlement ou une ordonnance judiciaire applicable; (iii) la communication de renseignements personnels à GSK pour lui permettre d'évaluer, de contrôler ou d'améliorer le programme; (iv) la communication sous forme groupée de renseignements ne permettant pas de m'identifier au sujet de ma participation au programme et des résultats à GSK; (v) la communication de mes renseignements à mes assureurs de soins de santé pour déterminer ma couverture relativement à BENLYSTA<sup>MC</sup>; (vi) la communication de mes renseignements au personnel de la clinique et/ou à mes professionnels de la santé, dans la mesure où cette communication est nécessaire à l'administration du programme.

McKesson peut établir et maintenir un dossier de mes renseignements aux fins décrites ci-dessus; ce dossier sera accessible à l'adresse du Programme monarche de BENLYSTA<sup>MC</sup> McKesson, 1 Concorde Gate, 4<sup>e</sup> étage, Toronto ON M3C 3N6. Mes renseignements seront stockés par McKesson dans une base de données sécurisée et confidentielle et l'accès à la base de données sera limité aux employés et mandataires autorisés. Des mesures de protection sont utilisées pour protéger mes renseignements contre l'accès, la divulgation, la copie, l'utilisation ou la modification non autorisés. J'ai le droit de demander l'accès à mes renseignements que McKesson conserve dans ses dossiers, sous réserve des restrictions légales applicables, qui comprennent le droit de corriger ces renseignements et de recevoir un compte rendu de la manière dont ils ont été utilisés et une liste des organisations à qui ils ont été divulgués. Je comprends que pour demander l'accès à mes renseignements ou pour faire des demandes de renseignements ou des plaintes, je peux écrire à McKesson à l'adresse fournie ci-dessus.

Je comprends que (i) je ne suis pas obligé de consentir à la présente autorisation, mais que si je ne le fais pas, je ne pourrai pas participer au programme; (ii) le consentement à la présente autorisation n'est pas une exigence aux fins de la couverture d'assurance et n'aura aucune incidence sur mon inscription à l'assurance; (iii) la participation au programme n'est pas obligatoire pour que j'aie accès à BENLYSTA<sup>MC</sup>; (iv) GSK peut annuler le programme en tout temps; (v) je peux révoquer la présente autorisation en tout temps en envoyant une lettre de révocation signée par télécopieur au 1-855-788-3140 ou par la poste au Programme monarche de BENLYSTA<sup>MC</sup> McKesson, 1 Concorde Gate, 4<sup>e</sup> étage, Toronto ON M3C 3N6, mais que si je le fais, je ne pourrai plus participer au programme; (vi) la révocation de l'autorisation aura pour effet d'interdire à McKesson de communiquer mes renseignements APRÈS la date à laquelle ma lettre de révocation est reçue et traitée, mais n'aura pas pour effet d'empêcher McKesson d'utiliser les renseignements communiqués déjà reçus, uniquement aux fins du programme; (vii) tant que la présente autorisation n'est pas révoquée, elle demeure valide tant que je suis inscrit au programme ou pendant une année entière à compter de la date de signature, selon la durée la plus longue.

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_