

Renseignements sur le patient ou la patiente (en caractères d'imprimerie)		Section à faire remplir par le patient ou la patiente	
Nom :		Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> autre	
Date de naissance (AAAA/MM/JJ) : / /	Numéro de la carte Santé :	Code de version de la carte Santé :	
Préférences pour les appels : <input type="checkbox"/> tél. à la maison <input type="checkbox"/> cellulaire <input type="checkbox"/> autre :			
Téléphone à la maison : ()	Peut-on vous laisser des messages téléphoniques? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Téléphone cellulaire (facultatif) : ()	Peut-on vous envoyer des messages textes? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Adresse électronique (facultatif) :	Peut-on vous envoyer des courriels? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Adresse :	Ville :	Province :	Code postal :
Vous devez lire la section sur le consentement et la divulgation (au verso), et apposer votre signature à l'endroit réservé à cet effet ci-dessous.		<input checked="" type="checkbox"/> Consentement du patient ou de la patiente confirmé	
Je soussigné(e) ai pris connaissance des conditions énoncées au verso du présent formulaire, comprends la nature des services offerts par le programme, et accepte que mes renseignements personnels et les renseignements personnels relatifs à ma santé soient recueillis, utilisés, divulgués et conservés conformément auxdites conditions.			
Pour obtenir rapidement de l'aide, appelez-nous au 1-800-908-5555			
Signature du patient ou de la patiente : _____		Date (AAAA/MM/JJ) : / /	
Renseignements sur le médecin		section à faire remplir par le médecin	
Médecin prescripteur (nom complet en caractères d'imprimerie) :		Contact principal/emplacement :	
Téléphone : ()		Télécopieur : ()	
Renseignements sur ^{Pr} CIMZIA® (certolizumab pegol)			
Ordonnance		Renseignements médicaux	
Diagnostic : <input type="checkbox"/> polyarthrite rhumatoïde <input type="checkbox"/> spondylarthrite ankylosante <input type="checkbox"/> spondylarthrite axiale non radiographique <input type="checkbox"/> rhumatisme psoriasique <input type="checkbox"/> autres troubles médicaux (veuillez préciser) _____		Le patient ou la patiente est-il ou elle médicalement apte à amorcer ce traitement? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si vous avez répondu « non », pour quelles raisons? _____	
Dispositif : <input type="checkbox"/> seringue préremplie (200 mg/mL) DIN 02331675 <input type="checkbox"/> auto-injecteur (200 mg/mL) DIN 02465574		A-t-il ou a-t-elle des allergies : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> OUI (veuillez préciser) _____	
Posologie : <input type="checkbox"/> Dose initiale de 400 mg SC aux semaines 0, 2 et 4, suivie d'une : <input type="checkbox"/> dose d'entretien de 200 mg SC toutes les 2 semaines pendant _____ mois <input type="checkbox"/> dose d'entretien de 400 mg SC toutes les 4 semaines pendant _____ mois <input type="checkbox"/> Demande spéciale : _____		Reçoit-il ou elle un traitement par un bêtabloquant ou un inhibiteur de l'ECA? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> OUI (veuillez préciser) _____	
		Dépistage de la tuberculose (QFT) requis : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
		Formation sur l'injection requise : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Signature du médecin : _____		Date (AAAA/MM/JJ) : / /	
Attestation du médecin			
Ma signature atteste que :			
<ul style="list-style-type: none"> • Je suis le médecin prescripteur de ce patient ou de cette patiente. • J'ai prescrit CIMZIA (certolizumab pegol) à cette personne. • Sous réserve du consentement fourni (ci-dessus) par le patient ou la patiente, et uniquement dans la mesure où il ou elle a donné son consentement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Je consens à ce que UCB me contacte au sujet du patient susmentionné ou de la patiente susmentionnée aux fins de l'administration du programme et, sans s'y limiter, aux fins du remboursement, de la formation sur l'injection et des soins aux patients; et ◦ Je consens à ce que UCB reçoive, recueille, conserve, utilise et divulgue tous mes renseignements et tous les renseignements concernant le patient ou la patiente que je fournis et qui sont nécessaires à l'obtention des services ou de l'assistance auxquels le patient ou la patiente a consenti. ◦ J'accepte d'autoriser UCB à fournir la présente ordonnance à la pharmacie choisie par le patient ou la patiente. Ce document constitue la commande originale du médicament vendu sur ordonnance. 			
Toute référence à UCB dans ce formulaire fait également référence à UCB Canada Inc. et à ses sociétés affiliées ainsi qu'à leurs employés, consultants, agents et représentants respectifs, y compris, mais sans s'y limiter, aux tiers fournisseurs de services.			

Consentement du patient ou de la patiente et divulgation (confirmés par la signature au recto du présent formulaire)

Consentement à l'utilisation des renseignements personnels

Le programme UCBCares™ (« UCBCares™ » ou « Programme ») est un programme financé par UCB Canada Inc., 2060 Winston Park Drive, bureau 401, Oakville (Ontario), L6H 5R7. Le programme est administré par un fournisseur de services tiers (« Administrateur du programme »).

Utilisation

Je comprends que les renseignements personnels que je fournis à UCB — notamment ceux que je lui fournis en remplissant le présent formulaire et tous ceux que UCBCares™ a recueillis auprès de mon fournisseur de soins de santé avec mon autorisation — seront utilisés par l'administrateur du programme UCBCares™, conformément aux présentes.

Consentement

Je consens à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à la conservation des renseignements suivants par UCBCares™ :

- mes renseignements personnels, y compris, mais sans s'y limiter, mon nom, ma date de naissance, mon adresse, mon numéro de téléphone et mon adresse électronique; et
- mes renseignements personnels relatifs à ma santé, y compris, mais sans s'y limiter, les renseignements relatifs à ma maladie et à mon traitement qui sont fournis par mes médecins prescripteurs, pharmaciens, compagnies d'assurance privées, payeurs publics et tout autre prestataire de soins de santé ou payeur susceptible de posséder les renseignements requis, y compris UCB, aux fins de ma participation au programme et aux fins énoncées dans le présent formulaire.

Je comprends que UCBCares™ utilisera mes renseignements personnels et mes renseignements personnels relatifs à ma santé pour :

- vérifier ma couverture d'assurance et, si cela s'avère nécessaire, prendre des dispositions aux fins du remboursement;
- coordonner la livraison de mes médicaments à mon attention;
- planifier ma formation sur l'injection;
- me fournir des services de formation et de soutien associés à mon traitement;
- me faire parvenir des rappels concernant mon traitement;
- me donner accès à un programme d'élimination des objets pointus;
- effectuer des analyses de marché ou d'autres analyses commerciales, notamment en combinant mes renseignements personnels et mes renseignements personnels relatifs à ma santé à d'autres données en vue de la réalisation de ces analyses, et administrer tous les aspects du programme, étant entendu que le programme peut être modifié de temps à autre.

Je comprends que mes renseignements personnels et mes renseignements personnels relatifs à ma santé peuvent être recueillis, utilisés et conservés à l'extérieur de ma province, de mon territoire ou de mon pays dans des juridictions où les lois en vigueur en matière de confidentialité peuvent être moins strictes que celles qui sont en vigueur au Canada et dans les provinces canadiennes.

J'accepte que l'on me contacte en vue de recueillir des renseignements concernant ma maladie et mon traitement ou tout autre renseignement requis pour l'administration du programme par UCBCares™.

Je consens à ce que UCBCares™ me laisse des messages, que ce soit par courrier électronique, messagerie texte ou messagerie vocale, aux adresses et aux numéros que j'ai fournis.

Je consens à recevoir du matériel de soutien, des services et des renseignements à visée éducative fournis par le programme.

Je comprends que UCB Canada Inc. se réserve le droit de nommer des tiers fournisseurs de services pour administrer le programme et je consens à ce que mes renseignements soient transférés à tout futur fournisseur de services administrant le programme.

Divulgation

Je comprends que, dans le cours normal des choses, UCB Canada Inc. n'accède pas à mes renseignements personnels et à mes renseignements personnels relatifs à ma santé, et compte sur l'administrateur du programme pour le faire aux fins de l'administration du programme. Cependant, UCB Canada Inc. peut accéder directement aux renseignements personnels et aux renseignements personnels sur la santé dans des circonstances limitées, par exemple pour transférer des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé à un nouvel administrateur du programme qui effectuera des vérifications du programme à des fins d'évaluation ou d'amélioration du programme ou à des fins de déclaration réglementaire (par exemple, à des fins de déclaration d'effets indésirables à une agence gouvernementale). L'administrateur du programme peut fournir à UCB Canada Inc. des renseignements anonymisés (dont on a retiré les éléments qui permettaient l'identification de la personne) ou agrégés (qui ont été combinées à celles d'autres personnes) recueillis dans le cadre du programme, qui peuvent être utilisés par UCB Canada Inc. à des fins de recherche clinique, d'étude de marché ou d'évaluation interne.

Je comprends que UCBCares™ ne divulguera mes renseignements personnels et mes renseignements personnels relatifs à ma santé qu'en cas de besoin, dans le cadre de la prestation du programme ou pour se conformer aux lois en vigueur. Par exemple :

- UCBCares™ peut divulguer mes renseignements personnels et mes renseignements personnels relatifs à ma santé à mes prestataires de soins de santé, à mes pharmaciens et à des tiers fournisseurs de services aux fins de l'administration du programme, de l'administration d'un traitement ou de la formation axée sur le traitement ainsi qu'aux assureurs afin qu'ils puissent m'aider à obtenir un remboursement; ou
- UCBCares™ peut devoir contacter mon fournisseur de soins de santé en cas de survenue d'un effet indésirable attribuable au médicament, notamment un effet indésirable grave, et UCBCares™ peut être tenue de signaler cet effet indésirable grave attribuable au médicament à Santé Canada.

Je comprends que toute aide financière qui me sera fournie à la suite de mon inscription au programme peut constituer un revenu à déclarer aux payeurs publics ou privés ou aux agences gouvernementales, et je comprends que c'est à moi, et uniquement à moi, qu'incombe la responsabilité de procéder à cette déclaration et de me conformer aux exigences en lien avec l'acceptation d'une telle aide financière.

Traitement des renseignements personnels et des renseignements personnels relatifs à la santé

Je comprends que UCBCares™ aura accès à mes renseignements personnels et à mes renseignements personnels relatifs à ma santé et pourra recueillir, regrouper, utiliser, conserver et divulguer les renseignements décrits dans la présente, et que tous les renseignements recueillis et enregistrés dans le cadre du programme seront traités et conservés d'une manière strictement confidentielle, conformément aux lois en vigueur en matière de confidentialité et de confidentialité en lien avec la santé, et à la Politique de confidentialité de UCB. Je peux obtenir un exemplaire de la Politique de confidentialité de UCB en visitant le site Web de l'entreprise à <https://www.ucb-canada.ca/fr/mentions-legales>.

Correction des renseignements personnels

Sauf dans les cas où la loi me l'interdit, je comprends que je peux obtenir une copie de mes renseignements personnels et des renseignements personnels relatifs à ma santé, et que je peux corriger toute erreur qu'ils contiendraient en contactant UCBCares™ à l'adresse précédemment indiquée.

Retrait du consentement

Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment en écrivant à UCBCares™, 2201 Bristol Circle, Bureau 602, Oakville (Ontario), L6H 0J8.

Je comprends que le retrait de mon consentement aura pour effet de mettre fin à ma participation au programme.

Je comprends que tout retrait de mon consentement ne sera pas rétroactif, et que toute activité ayant trait aux renseignements recueillis, regroupés, utilisés, conservés et divulgués avant mon retrait ne sera pas affectée, et que tout renseignement personnel ou renseignement personnel relatif à ma santé recueilli antérieurement pourra continuer d'être utilisé, conservé et divulgué s'il n'est assorti d'aucune donnée personnelle permettant de m'identifier.

Aide financière

Je comprends que toute aide financière qui m'est fournie peut constituer un revenu à déclarer aux payeurs publics ou privés ou aux agences gouvernementales. Je comprends que c'est à moi, et uniquement à moi, qu'incombe la responsabilité de procéder à cette déclaration et de me conformer aux exigences en lien avec l'acceptation d'une telle aide financière.

Modifications apportées au programme

Je comprends que UCB peut changer ou modifier le programme ou encore y mettre fin à tout moment, sans être tenue de m'en informer.

Toute référence à UCB dans ce formulaire fait également référence à UCB Canada Inc. et à ses sociétés affiliées ainsi qu'à leurs employés, consultants, agents et représentants, y compris, sans s'y limiter, l'administrateur du programme et d'autres tiers fournisseurs de services.