abbvie care avec vous

Programme de soutien

Formulaire d'inscription — HUMIRA

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli par télécopieur au **1-866-270-1727**. Si vous avez des questions ou pour vous inscrire par téléphone, veuillez composer le **1-866-848-6472**.

Prenez note que la seule façon de communiquer de l'information en toute SÉCURITÉ est par télécopieur ou par téléphone.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Le patient a accès à une couverture d'assurance privée :
☐ **Non** ☐ **Oui**

Prénom : **Nom :**

Date de naissance (jj/mm/aaaa) **:** _____ ☐ **H** ☐ **F**

Numéro de carte d'assurance maladie :

Adresse :

Ville : **Province :** **Code postal :**

Courriel :

Téléphone à la maison : - - **Téléphone cellulaire :** - -

Langue préférée : ☐ **Français** ☐ **Anglais** ☐ **Autre :** _____

Inscrit à une étude clinique (actuelle ou antérieure)?
☐ **Non** ☐ **Oui, numéro de l'étude :**

CONSENTEMENT RELATIF À LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU PATIENT

(à remplir par le patient)

Je certifie avoir lu la section Consentement relatif à la divulgation des renseignements personnels du patient — Programme AbbVie Care figurant à la page 2 du présent document et j'autorise la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels conformément aux modalités qui y sont énoncées.

Signature du patient*: _____

Date (jj/mm/aaaa)**:** _____

Signature du tuteur légal ou soignant du patient (si le patient est âgé de moins de 18 ans)**:** _____

Lien avec le patient: _____

Date (jj/mm/aaaa)**:** _____

☐ Veuillez cocher cette case si vous ne désirez pas que l'on communique avec vous à des fins d'études de marché.

*** Un consentement valide doit comporter la signature du patient ainsi que la date.**

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN (à remplir par le médecin)

Nom: **Numéro de permis:**

Adresse:

Ville: **Province:** **Code postal:**

Téléphone: - - **Télécopieur:** - -

DÉMONSTRATION DE LA TECHNIQUE D'INJECTION ET SERVICES DE SOUTIEN

Je désire qu'AbbVie Care fasse une démonstration de la technique d'injection: ☐ **Non** ☐ **Oui**

Commentaires:

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (à remplir par le médecin)

Test de dépistage de la tuberculose

☐ **Effectué**
Date (jj/mm/aaaa)**:** _____ **Résultat:** _____

☐ **Requis**

☐ **Non requis**

Le patient a-t-il déjà eu une réaction allergique grave?
☐ **Non** ☐ **Oui**

Allergies:

Le patient est autorisé à amorcer le traitement par HUMIRA.
☐ **Non** ☐ **Oui**

Ordonnance (cochez une présentation, un diagnostic **et** une posologie)

HUMIRA sera fourni en boîtes de deux unités, dans l'une des présentations suivantes:

☐ **Stylo HUMIRA, 40 mg** ☐ **Seringue préremplie HUMIRA, 40 mg** ☐ **Seringue préremplie HUMIRA, 20 mg (enfants)**

☐ **NE PAS SUBSTITUER**

☐ **Polyarthrite rhumatoïde**
☐ **Rhumatisme psoriasique**
☐ **Spondylarthrite ankylosante**
☐ 40 mg par voie sous-cutanée (s.c.) toutes les 2 semaines

☐ **Maladie de Crohn chez l'adulte**
☐ **Colite ulcéreuse chez l'adulte**
☐ 160 mg à la semaine 0, puis 80 mg à la semaine 2 et 40 mg toutes les 2 semaines à compter de la semaine 4, par voie s.c.

☐ **Psoriasis**
☐ **Uvéite**
☐ **Hidradénite suppurée chez l'adolescent** (de 12 à 17 ans pesant ≥ 30 kg)
☐ 80 mg à la semaine 0, puis 40 mg toutes les 2 semaines à compter de la semaine 1, par voie s.c.

☐ **Hidradénite suppurée**
☐ 160 mg à la semaine 0, puis 80 mg à la semaine 2 et 40 mg toutes les semaines à compter de la semaine 4, par voie s.c.

☐ **Maladie de Crohn chez l'enfant**
☐ 160 mg à la semaine 0, puis 80 mg à la semaine 2 et 20 mg toutes les 2 semaines à compter de la semaine 4, par voie s.c.

☐ **Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire**
☐ Patient pesant de 10 kg à < 30 kg, 20 mg toutes les 2 semaines, par voie s.c.
☐ Patient pesant ≥ 30 kg, 40 mg toutes les 2 semaines, par voie s.c.

☐ **Uvéite chez l'enfant**
☐ Patient pesant < 30 kg, 20 mg toutes les 2 semaines, par voie s.c., en association avec le méthotrexate
☐ Patient pesant ≥ 30 kg, 40 mg toutes les 2 semaines, par voie s.c., en association avec le méthotrexate

☐ **Colite ulcéreuse chez l'enfant**
☐ Patient pesant < 40 kg, 80 mg à la semaine 0, puis 40 mg à la semaine 2 et 40 mg toutes les 2 semaines ou 20 mg toutes les semaines à compter de la semaine 4, par voie s.c.
☐ Patient pesant ≥ 40 kg, 160 mg à la semaine 0, puis 80 mg à la semaine 2 et 80 mg toutes les 2 semaines ou 40 mg toutes les semaines à compter de la semaine 4, par voie s.c.

☐ **Autre posologie** (précisez)**:** _____

Durée du traitement: ☐ **12 mois** ☐ **6 mois** ☐ **3 mois** **Autre :** _____

Je certifie par la présente être le médecin traitant de ce patient. J'autorise le programme AbbVie Care à être mon agent désigné pour la transmission de cette ordonnance, par télécopie ou par tout autre moyen, à la pharmacie choisie par le patient nommé plus haut. Cette ordonnance constitue l'ordonnance originale. La pharmacie choisie par le patient en est l'unique destinataire et il n'y en a pas d'autres.

Signature du médecin: **Date** (jj/mm/aaaa)**:**

☐ Un représentant légal/tuteur légal peut donner son consentement et signer ce formulaire d'inscription au nom de mon patient.

Timbre de la clinique et (ou) commentaires:

Pour obtenir les renseignements posologiques complets, veuillez consulter la monographie d'HUMIRA.

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli par télécopieur au **1-866-270-1727**. Si vous avez des questions ou pour vous inscrire par téléphone, veuillez composer le **1-866-848-6472**.

Consentement relatif à la divulgation des renseignements personnels du patient — Programme AbbVie Care

En signant ce formulaire d'inscription au programme de soutien aux patients d'AbbVie (le programme AbbVie Care), vous acceptez que Corporation AbbVie (AbbVie) ou ses sociétés affiliées ou fournisseurs de services nommés par AbbVie (collectivement, les administrateurs du programme) vous fournissent les services d'AbbVie Care comme il est décrit dans le présent formulaire d'inscription ainsi que des renseignements pertinents pour vous apporter un soutien accru à l'égard de votre nouveau traitement.

Vous déclarez comprendre la nature de votre consentement et le caractère volontaire de votre inscription. Vous pouvez retirer ce consentement et cesser de participer au programme AbbVie Care en tout temps, sans avoir à donner d'explications. Votre décision n'aura aucune répercussion sur vos soins médicaux et vos droits légaux. Vous trouverez ci-dessous les principaux éléments concernant l'utilisation des renseignements personnels par les administrateurs du programme.

Qu'est-ce que le programme AbbVie Care ?

Le programme AbbVie Care est un programme de soutien destiné aux personnes à qui leur médecin a prescrit un médicament d'immunologie d'AbbVie, qui comprend notamment :

- un service d'aide au remboursement du médicament;
- des renseignements et des démonstrations sur l'utilisation des produits;
- un service d'aide à l'administration du traitement;
- certaines études de marché (par exemple des sondages servant à connaître votre opinion au sujet du programme).

Le programme AbbVie Care ne fournit pas de conseils médicaux et ne saurait remplacer une consultation de votre médecin traitant pour des questions d'ordre médical.

Quels types de renseignements personnels à votre sujet AbbVie recueillera-t-elle et pourquoi ?

Les administrateurs du programme recueilleront, traiteront et utiliseront vos renseignements personnels à des fins diverses.

Quels renseignements personnels utilise-t-on ?

Les administrateurs du programme utiliseront les renseignements recueillis à votre sujet dans ce document ainsi que tout autre renseignement personnel recueilli auprès de vous, de votre médecin, du personnel infirmier qui vous prodigue des soins, de votre pharmacien, de tout autre fournisseur de soins de santé ou de vos assureurs, notamment les suivants :

- nom, adresse, numéro de téléphone et autres coordonnées;
- renseignements sensibles, comme des renseignements au sujet de l'utilisation de nos services et des renseignements liés à la santé.

Pourquoi utilise-t-on vos renseignements personnels et qui les utilise ?

Les administrateurs du programme pourraient recueillir et utiliser vos renseignements personnels, ou les divulguer à votre médecin, au personnel infirmier qui vous prodigue des soins, à votre pharmacien ainsi qu'à d'autres fournisseurs de soins de santé ou à votre assureur aux fins suivantes :

- administrer le programme AbbVie Care;
- livrer des produits et fournir des services;
- vous faciliter l'accès au médicament ou au traitement;
- personnaliser les services du programme AbbVie Care pour répondre à vos besoins particuliers;
- contacter vos fournisseurs de soins de santé et leur fournir des renseignements au sujet de votre médicament d'AbbVie et de votre participation au programme AbbVie Care;
- vous rappeler de prendre votre ou vos médicaments, selon les directives de votre médecin;
- vous fournir du matériel au sujet de votre médicament, de votre traitement et du programme AbbVie Care;
- communiquer avec vous pour vous informer des changements apportés au programme AbbVie Care et recueillir vos commentaires à propos du programme AbbVie Care;
- effectuer toute surveillance, déclaration et vérification à des fins de sécurité et répondre à des demandes ou à des questions liées à votre médication, ou dans tout autre cas exigé par la loi.

Les administrateurs du programme peuvent également utiliser des renseignements rendus anonymes recueillis dans le cadre du programme et joindre vos renseignements à ceux d'autres personnes pour :

- nous aider à élaborer, à évaluer ou à améliorer le programme AbbVie Care ainsi que nos produits, nos services, notre matériel et nos traitements;
- mener des travaux de recherche, y compris des travaux de recherche scientifique ultérieurs et des publications.

Divulgation et transfert

AbbVie exige que ses fournisseurs de services traitent vos renseignements personnels uniquement aux fins décrites dans le présent formulaire de consentement.

AbbVie pourrait fournir des mesures et des renseignements analytiques à ses sociétés affiliées ou à sa société mère AbbVie Inc. relativement au fonctionnement du programme. Ces données seront regroupées et ne permettront pas de vous identifier.

Vos renseignements personnels pourraient être envoyés à une autre entreprise ou à un tiers dans le cadre de la vente ou du transfert de l'ensemble ou d'une partie des activités commerciales respectives des administrateurs du programme.

Vos renseignements personnels pourraient être entreposés ou traités à l'extérieur du Canada. En pareil cas, vos renseignements seraient assujettis aux lois en vigueur dans le pays où ils seraient entreposés. Les lois de ce pays pourraient exiger la divulgation de vos renseignements personnels aux autorités gouvernementales dans des circonstances autres que celles prévues au Canada.

Quels sont vos droits relativement à vos renseignements personnels et qui pouvez-vous contacter si vous avez des questions ?

AbbVie recueillera, utilisera, divulguera et protégera vos renseignements personnels de la manière décrite dans sa politique de confidentialité. Vous avez certains droits en ce qui concerne vos renseignements. Par exemple, vous avez le droit de consulter, de corriger, de transférer et de détruire des renseignements, ou d'en restreindre l'accès. Pour exercer ces droits, retirer votre consentement, vous désinscrire de tout service d'AbbVie Care ou de toute activité de traitement des données, ou pour obtenir un exemplaire de la politique de confidentialité d'AbbVie, vous pouvez en faire la demande par écrit, à privacyoffice@abbvie.com, ou à l'adresse suivante : Services juridiques, 8401, route Transcanadienne, Saint-Laurent (Québec) H4S 1Z1. Veuillez noter que, si vous retirez votre consentement, vous pourriez ne plus être en mesure de participer au programme AbbVie Care ni de recevoir certains de ses services.

AbbVie a mis en place des mesures de sécurité techniques et organisationnelles adéquates pour protéger vos renseignements personnels contre toute destruction, accidentelle ou illicite, toute perte, altération ou divulgation non autorisée accidentelle ou tout accès accidentel. Sous réserve de votre consentement et des exigences en matière de préavis, AbbVie se réserve le droit de modifier ses politiques et ses pratiques en matière de divulgation des renseignements personnels et de fournisseurs de services.

Il est entendu qu'AbbVie se réserve le droit d'apporter quelque changement que ce soit ou de mettre fin, en tout temps et à sa seule discrétion, au programme AbbVie Care ou à ses autres services de soutien aux patients sans aucun préavis.

Le présent consentement est valide aussi longtemps que vous recevez des services dans le cadre du programme AbbVie Care et pendant une période raisonnable après que vous aurez cessé de recevoir lesdits services. Vos renseignements personnels seront conservés pendant toute la durée de votre participation au programme AbbVie Care. Ils seront supprimés par la suite, conformément à notre politique de conservation des documents, sous réserve de toutes exigences légales et réglementaires applicables.

© Corporation AbbVie
Imprimé au Canada
CA-HUM-210161F - octobre 2021

abbvie.ca