

Informations patiente/patient

Nom patient : _____ N° et nom de rue : _____
(Prénom) (Nom)
 Sexe : Homme Femme Autre : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
 Date de naissance (jj/mmm/aaaa) : _____ N° de tél. à privilégier : _____
 Diagnostic : _____ Laisser message OK : O N
 Antécédents de traitement par agent biologique : _____ Autre numéro à contacter : _____
Naïf Transition de l'adalimumab Autre: _____ Laisser message OK : O N
 Dernière dose reçue (s'il s'agit d'une transition de traitement) : _____ Langue préférée : FR AN Autre: _____
 _____ Courriel : _____

Bilan médical - Le PSP va coordonner :

Rayons X TB test cutané TB test QuantIFERON Autre : _____

Informations médecin prescripteur

Nom du prescripteur : _____ Adresse : _____
 N° de permis : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
 Nom de la clinique : _____ Téléphone : _____
 Contact primaire à la clinique : _____ Télécopieur : _____

Rx Renseignements d'ordonnance - Sélectionnez le diagnostic, la posologie, la présentation et la durée :

Polyarthrite rhumatoïde chez l'adulte Rhumatisme psoriasique chez l'adulte Spondylarthrite ankylosante chez l'adulte IDACIO ^{MD} 40 mg toutes les 2 semaines par voie sous-cutanée (s.c.)	Uvéite chez l'adulte IDACIO ^{MD} 80 mg* à la semaine 0 (s.c.), puis 40 mg toutes les 2 semaines à compter de la semaine 1 (s.c.) <small>* Administré à raison de 2 injections de 40 mg le même jour</small>	IDACIO ^{MD} — autre posologie (précisez) : _____
PRÉSENTATION : Auto-injecteur Seringue préremplie	DURÉE 12 mois Autre : _____	
Bilan prébiologique en cours Le patient est prêt à commencer le traitement Le patient a besoin d'une formation à l'injection		CODE À USAGE LIMITÉ _____
Autres notes : _____		
Je reconnais par la présente que je suis le médecin traitant du patient et que le patient est prêt à commencer le traitement. J'autorise KabiCare à être mon agent désigné pour transmettre cette prescription par télécopie, ou autre mode de livraison, à la pharmacie choisie par la personne nommée ci-dessus. Cette prescription représente la commande initiale du médicament sur ordonnance. La pharmacie choisie par le patient est le seul destinataire prévu et il n'y en a pas d'autres.		
Signature : _____		Date (jj/mmm/aaaa) : _____

Consentement patiente/patient

J'ai lu ce formulaire, y compris le Consentement, ou il m'a été lu. J'accepte d'être inscrit au Programme de soutien aux patients KabiCare et j'autorise l'utilisation et la divulgation des renseignements qui me concernent, comme le décrit ce formulaire.

Signé par : Patient Représentant légal
 Signature : _____ Nom du représentant légal : _____
 Date (jj/mmm/aaaa) : _____ Lien avec le patient : _____

IMPORTANT: Si vous ne parvenez pas à obtenir le consentement écrit du patient/représentant légal, veuillez indiquer quand le consentement verbal a été obtenu et par qui. Cela permettra au Programme d'assistance aux patients KabiCare de poursuivre le traitement de cette inscription.

Consentement verbal obtenu du : Patient Représentant légal Nom du représentant légal : _____
 Consentement verbal obtenu par : _____ Lien avec le patient : _____
 Signature : _____ Date (jj/mmm/aaaa) : _____

Formulaire d'inscription du patient & Conditions générales et modalités du Programme

Nous respectons votre droit à la protection de vos renseignements personnels.

Veillez lire et accepter ces modalités (« de l'Accord ») afin de vous inscrire au Programme KabiCare de soutien aux patients (ci-après appelé le « Programme »).

Comme on m'a prescrit IDACIO^{MD} (adalimumab), je souhaite m'inscrire au Programme de Fresenius Kabi (ci-après appelé « FK »), actuellement administré au nom de FK par Sentrex Health Solutions (ci-après appelé le « l'administrateur »). **Je comprends et accepte ce qui suit :**

- La participation au Programme n'est pas nécessaire pour avoir accès au traitement avec IDACIO^{MD}. Comme la participation au Programme est entièrement volontaire, je suis libre de consentir ou de refuser la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels, tel que décrit ci-dessous et à ma seule discrétion.
- En signant ci-dessous, j'accepte les modalités et conditions de cet Accord, et comprends que
 - j'ai le droit de recevoir une copie de cet Accord;
 - les mentions faisant référence au « Programme » et au « personnel du Programme » utilisées dans cet Accord comprennent FK, l'administrateur et leur personnel respectif impliqués dans la conception, l'administration et le déroulement du Programme. Par conséquent, certains renseignements pouvant m'identifier, y compris mes renseignements de santé personnels (ci-après appelés « Renseignements personnels ») seront recueillis, utilisés et divulgués par l'administrateur et/ou FK, tel que décrit ci-dessous, et ces renseignements personnels peuvent être transmis par l'administrateur à FK et vice versa.
- Le Programme impliquera la collecte de renseignements personnels suivants :
 - Mes coordonnées — c'est-à-dire nom adresse postale, mon adresse de courriel, mon ou mes numéro(s) de téléphone.
 - Des renseignements de nature démographique — c'est-à-dire date de naissance, sexe; renseignements de nature financière; antécédents médicaux, plans de traitement, résultats de laboratoire, couverture d'assurance, numéro d'identification du régime d'avantages sociaux, numéro de carte d'assurance maladie (c'est ce qu'on entend par « Renseignements de santé personnels »).
- Mes renseignements personnels seront utilisés pour m'inscrire au Programme, pour communiquer avec moi, pour gérer le déroulement du Programme et pour me fournir les services offerts dans le respect des exigences légales (c'est ce qu'on entend par « motifs autorisés »). Par « services », on entend les services offerts par le Programme, y compris, sans s'y limiter, les services de remboursement et d'aide à la navigation financière, ainsi que les services d'éducation, de formation et de coordination avec la pharmacie.
- Mes renseignements personnels ne seront pas utilisés par FK ou l'administrateur à toute autre fin, sauf si j'y consens ou si une telle utilisation est exigée en vertu des lois en vigueur ou si cela est autorisé sans mon consentement conformément aux lois applicables en matière de protection de la vie privée.
- Mes renseignements personnels seront conservés électroniquement en Ontario, donc au Canada.
- Mon médecin ou d'autres professionnels de la santé ainsi que le gestionnaire de mon assurance maladie de groupe (ce qu'on entend par les « Fournisseurs de soins de santé ») peuvent divulguer mes renseignements personnels à FK et/ou à l'administrateur, et j'accepte que FK et/ou l'administrateur recueillent mes renseignements personnels auprès de ces personnes et organismes dans le respect des motifs autorisés.
- Mes renseignements personnels seront divulgués par FK et/ou l'administrateur aux personnes suivantes :
 - Pour les motifs autorisés, mes fournisseurs de soins de santé, les autres fournisseurs de services ainsi que les affiliés du Programme ou d'autres intervenants n'utiliseront ces renseignements que dans le respect des motifs autorisés avec mon consentement. Par contre, lorsque la loi applicable le permet ou l'exige, que ce soit avec ou sans mon consentement (par exemple dans des cas de prévention de fraude, lors de la vente d'une des entreprises concernées ou en vertu d'une ordonnance d'un tribunal, ou encore, à la suite d'une demande de nature réglementaire ou d'une demande provenant des autorités sanitaires publiques, tel que décrit ci-dessous).
- Mes renseignements personnels peuvent être groupés avec les renseignements d'autres personnes pour générer des données anonymes regroupées. Ces données peuvent être utilisées par FK, l'administrateur et/ou leurs fournisseurs de services pour gérer, améliorer et rehausser le Programme, pour concevoir et offrir d'autres programmes destinés aux patients, ainsi qu'à des fins de recherche, de publication et d'éducation.
- FK a l'obligation légale de déclarer tous les effets indésirables des médicaments à Santé Canada, ainsi qu'aux autorités sanitaires des autres pays concernés, et d'assurer le suivi de toutes les plaintes se rapportant aux produits pharmaceutiques. Les renseignements personnels fournis au Programme peuvent être : (1) analysés par FK ou ses fournisseurs de services à la recherche de données concernant la sécurité d'emploi du médicament ou de plaintes concernant les produits, et (2) communiqués aux autorités sanitaires provinciales, nationales ou internationales. FK peut me contacter ou contacter mes fournisseurs de soins de santé pour obtenir de plus amples renseignements en vertu d'obligations stipulant que l'entreprise produise les rapports exigibles.
- Le Programme peut me contacter par téléphone, par texto, par courriel, par la poste ou par télécopier dans le cadre de la gestion ou de l'amélioration du Programme (y compris l'envoi de questionnaires), ainsi que de la prestation des services offerts.
- FK peut transférer mes données personnelles à la suite de la vente ou du transfert de la totalité ou d'une partie de ses activités commerciales ou de ses actifs. Je comprends que le bénéficiaire d'un tel transfert d'activités ne recueillera, n'utilisera et ne divulguera ces renseignements personnels que d'une manière conforme à cet Accord.
- Je peux retirer ou révoquer mon consentement à tout moment par l'envoi par courrier, par courriel ou par télécopier d'une telle demande signée à l'administrateur du programme. Cependant, je dois comprendre que si je retire mon consentement à participer au Programme, je mets fin à mon accès aux services offerts, y compris au remboursement et à l'aide au copaiement. Je comprends également que le retrait de mon consentement ne m'empêche pas de recevoir le traitement avec IDACIO^{MD}. Si je retire mon consentement, le Programme peut conserver des renseignements personnels pour satisfaire aux exigences légales.
- Mes renseignements personnels peuvent être recueillis, consultés, utilisés, divulgués, transmis et/ou conservés en dehors de ma province ou du Canada. Je comprends que les renseignements transférés ou conservés hors du pays peuvent être accessibles à des tribunaux, des autorités policières et réglementaires de pays étrangers.
- Je suis conscient des raisons pour lesquelles mes renseignements de santé personnels sont requis dans le cadre du Programme, ainsi que des risques et des avantages que comporte le consentement ou le non-consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements de santé personnels, comme le décrit cet Accord.
- Je peux avoir accès, examiner et/ou demander une copie de mes renseignements personnels. Je peux aussi mettre à jour ces renseignements personnels, corriger toute erreur dans mes renseignements personnels et/ou poser des questions concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels en contactant l'administrateur. Je peux également contacter l'administrateur afin d'avoir accès aux politiques et pratiques internes écrites de FK et/ou de l'administrateur concernant la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation des renseignements personnels par les fournisseurs de services et les compagnies affiliées au Programme hors du Canada.
- Toute aide financière qui m'est fournie en vertu du Programme peut constituer un revenu à déclarer à des payeurs publics ou privés ou à des organismes gouvernementaux. Je reconnais que je suis la seule personne responsable de faire ces déclarations afin de me conformer aux exigences entourant l'aide financière reçue.
- Mes renseignements personnels seront conservés par FK et l'administrateur tant que les objectifs pour lesquels ces renseignements ont été recueillis n'ont pas été satisfaits et aussi longtemps que les lois en vigueur l'exigent.
- Mes renseignements personnels ne peuvent être recueillis, utilisés et divulgués sans mon consentement, sauf si les lois en vigueur le permettent ou l'exigent. De plus, mes renseignements de santé personnels ne peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués sans mon consentement, et ce, conformément à la législation applicable en matière de protection de la santé.
- L'administrateur, Sentrex Health Solutions, est situé au 3-250 Shields Court, Markham, ON, Canada, L3R 9W7. Je peux contacter l'administrateur pour retirer mon consentement ou pour poser des questions par téléphone au 1 888 304-2034, par courriel à info@kabicare.ca, ou par télécopier au 1 888 304-2014. FK peut changer d'administrateur suivant l'envoi d'un avis écrit à cet égard. Dans pareil cas, je consens à ce que mes renseignements personnels soient transférés à un nouvel administrateur conformément à ce qui est autorisé dans cet Accord. Le cas échéant, FK enverra un avis avec les coordonnées du nouvel administrateur à l'adresse postale ou à l'adresse électronique que j'ai fournie au Programme.
- FK peut mettre fin au Programme ou le modifier, ou encore modifier certaines conditions d'admissibilité, à tout moment et sans préavis. De plus, FK peut modifier cet Accord à tout moment pour tenir compte de changements apportés aux lois concernées, aux politiques de l'entreprise ou aux pratiques commerciales. En cas de modifications importantes, je serai informé par écrit avant que ces modifications n'entrent en vigueur.