

Veuillez remplir ce formulaire en entier et le retourner par télécopieur au 1-888-999-1290. Tous les renseignements seront traités comme confidentiels et ne seront pas divulgués à des tiers non autorisés sans votre consentement à cet effet.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de famille :	
Prénom :	
Date de naissance : (jj/mm/aaaa) / /	Homme Femme
N° de téléphone à la maison :	N° de téléphone cellulaire :
N° de téléphone au travail :	Courriel :
Autorisation de laisser un message aux numéros suivants : (Champ obligatoire) Maison Cellulaire Travail Autre numéro :	
Adresse :	
Ville :	
Province :	Code postal :

2. CONSENTEMENT DU PATIENT

Je confirme que les renseignements que j'ai fournis dans ce formulaire d'inscription sont complets et exacts. Je reconnais que Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc., se réserve le droit en tout temps et sans préavis de modifier le programme Mobilize (le « programme »), dont ses critères d'admissibilité et tout autre aspect du programme ou de mettre fin au programme et à l'assistance. Le programme est administré par le fournisseur tiers, une tierce partie offrant des services ciblés sur le patient et des programmes de soutien aux patients. J'autorise le fournisseur tiers et ses agents à obtenir des renseignements médicaux et personnels (« renseignements ») de la part de mon médecin prescripteur, pharmacien, personnel infirmier, assureur ou régime public, ou d'autres sources (« parties »), dans la mesure requise pour assurer l'exactitude et l'exhaustivité de cette demande. J'autorise le fournisseur tiers à communiquer les renseignements aux parties dans la mesure requise pour offrir les services de coordination et assurer la sécurité du patient dans le cadre de ce programme.

En signant ci-dessous, j'exprime ma volonté de participer au programme tel que décrit et expliqué par mon médecin traitant et déclare avoir lu et compris complètement les conditions de la déclaration de confidentialité et consentement du patient au verso de ce formulaire.

Consentement à ce que le personnel du programme parle à un membre de la famille ou à un représentant.

Nom : _____

Numéro à appeler : _____

Signature du patient :

Date : (jj/mm/aaaa)

SIGNER ICI

/ /

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom de famille :	Prénom :
Téléphone :	Télécopieur :
Adresse :	Ville :
Province :	Code postal :

4. INFORMATION MÉDICALE

Le patient a-t-il reçu l'autorisation médicale nécessaire pour commencer le traitement ?
Oui Non

Le patient a-t-il besoin de la formation sur l'auto-injection ? Oui Non

Avez-vous donné de la formation sur l'auto-injection à votre cabinet ? Oui Non

5. AUTRES INSTRUCTIONS / RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

--

6. ORDONNANCE

Nom du patient :	
Numéro de la carte d'assurance maladie du patient :	
KEVZARA® (sarilumab)	200 mg SC aux 2 semaines (dose recommandée) 150 mg SC aux 2 semaines (dose réduite nécessaire)
Stylo prérempli (auto-injecteur)	Syringe préremplie
M :	Renouvelable :
J'autorise Mobilize à agir comme mon représentant désigné pour transmettre cette ordonnance par télécopieur ou autre à la pharmacie choisie par le patient susmentionné. Cette ordonnance représente la prescription originale du médicament pour le patient. Toute ordonnance antérieure de KEVZARA® prescrite à ce patient est annulée, a été archivée de façon sécuritaire et ne sera pas transmise.	
Je confirme que ce patient est admissible au traitement par KEVZARA® en injections, conformément à la monographie du produit et à toute contre-indication, mise en garde et précaution qui y figure.	
Signature du médecin :	
SIGNER ICI	
Numéro de permis d'exercice :	Date : (jj/mm/aaa) / /

Veillez remplir ce formulaire en entier et le retourner par télécopieur au 1-888-999-1290. Tous les renseignements seront traités comme confidentiels et ne seront pas divulgués à des tiers non autorisés sans votre consentement à cet effet.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET DU CONSENTEMENT DU PATIENT

Le programme Mobilize (le « programme ») est un programme de Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc., et son objectif est de fournir aux patients qui doivent recevoir KEVZARA® (sarilumab) du soutien à l'égard de l'obtention du remboursement et du traitement.

Chez Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc., nous nous engageons à respecter votre droit à la protection des renseignements personnels. Il est important que vous compreniez comment les renseignements que vous fournissez dans le cadre de ce programme seront utilisés.

De façon générale, par « renseignements personnels », nous voulons dire toute information à propos d'une personne physique qui permet de l'identifier, entre autres, son nom, son adresse, son numéro de téléphone (les « renseignements personnels »). Conformément aux lois et règlements applicables, Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc., a confié à un fournisseur tiers (le « fournisseur tiers ») le mandat de gérer la collecte et le traitement des renseignements personnels dans le cadre du programme. Sauf pour satisfaire aux exigences et obligations légales auxquelles elle est tenue, qui sont présentées ici, Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc., n'aura accès à aucun de vos renseignements personnels autrement que sous une forme agrégée et anonymisée.

En acceptant de participer à ce programme, vous acceptez de communiquer au fournisseur tiers et à votre professionnel de la santé vos renseignements personnels (comme votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone, votre sexe et de l'information en lien avec votre santé). Ces renseignements seront consignés dans la documentation et dans la base de données du programme; ils seront utilisés pour permettre votre inscription au programme et pour réaliser les objectifs du programme. En lien avec les objectifs du programme, vos renseignements personnels peuvent être divulgués :

- à votre professionnel de la santé pour les besoins de votre inscription au programme et pour les besoins du traitement associé;
- à des assureurs et à des organismes gouvernementaux pour les besoins du traitement des demandes de remboursement;
- et à des professionnels de la santé pour les besoins liés à votre traitement (les « besoins »).

Le dossier contenant vos renseignements personnels sera mis à la disposition des employés, des sous-traitants ou des représentants autorisés du fournisseur tiers qui doivent y accéder pour les besoins cités. Nous avons veillé par un engagement contractuel à ce que le fournisseur tiers offre un degré élevé de protection des renseignements personnels et soit responsable de la sécurité des renseignements personnels. Nous ne l'autorisons pas à recueillir, à utiliser ou à divulguer les renseignements personnels, excepté lorsque cela est nécessaire pour fournir les services en lien avec les besoins du programme cités, ou pour se conformer aux exigences légales. Les renseignements personnels seront principalement conservés dans une base de données électronique sécurisée.

Vos renseignements personnels seront communiqués à Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc., de la façon suivante : Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc., recevra des rapports du fournisseur tiers décrivant les données et les résultats du programme sous une forme agrégée et anonymisée seulement. Aucun renseignement personnel ne sera communiqué, divulgué ou transmis à Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc. Plus particulièrement, les données statistiques liées au programme seront agrégées et anonymisées puis communiquées à Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc., des professionnels de la santé et d'autres tierces parties, le cas échéant. Sanofi Genzyme peut distribuer ou publier ces données statistiques de quelque façon que ce soit.

Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc., se réserve le droit de transférer les renseignements personnels associés au programme dans le contexte de la vente ou de la cession de tout ou d'une partie de ses activités commerciales, actifs ou droits en lien avec ledit programme. En cas de vente ou de cession, nous demanderons à ce que le cessionnaire utilise et divulgue les renseignements personnels que vous avez fournis d'une façon qui correspond aux besoins décrits ici.

Si vous fournissez des renseignements au sujet d'un effet indésirable éprouvé pendant l'utilisation de tout produit de Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc., nous pouvons utiliser les renseignements que vous avez fournis pour transmettre un rapport à Santé Canada ou à d'autres organismes de réglementation pertinents. Nous pourrions devoir communiquer avec vous ou avec votre professionnel de la santé pour obtenir des renseignements supplémentaires. Vous comprenez qu'afin de respecter la loi, il est possible que nous ne soyons pas autorisés à accéder à votre demande visant à modifier ou à retirer les renseignements personnels que vous avez fournis, à nous ou à un tiers, au sujet d'un effet indésirable éprouvé pendant l'utilisation de tout produit de Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc. Le processus suivi lorsqu'un effet indésirable est signalé peut faire intervenir des sociétés affiliées de Sanofi Genzyme ou des fournisseurs tiers ou être géré par ces sociétés ou ces fournisseurs dont les services ont été spécifiquement retenus à cette fin seulement. La base de données est seulement accessible aux employés, aux représentants et aux fournisseurs de service autorisés qui ont besoin de connaître les renseignements pour s'acquitter de leurs obligations dans le cadre de la pharmacovigilance.

La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements prévues dans cette déclaration peuvent inclure la transmission des renseignements vers des territoires juridiques à l'extérieur de votre pays de résidence, où les lois et règlements sur les renseignements personnels ne sont pas nécessairement les mêmes. Les mesures contractuelles raisonnables que nous prenons pour protéger les renseignements personnels lorsqu'ils sont traités ou manipulés par ces tiers sont assujetties aux exigences légales étrangères applicables, par exemple les obligations légales de divulguer les renseignements personnels aux autorités gouvernementales de ces pays. Le fournisseur tiers ne conservera vos renseignements personnels qu'aussi longtemps qu'il sera nécessaire de le faire pour répondre aux besoins définis.

Vous avez certains droits vous autorisant à accéder à vos renseignements personnels figurant dans le dossier tenu sur vous et à les corriger, et afin d'exercer ce droit, ou si vous avez des questions, commentaires ou préoccupations, vous pouvez utiliser les coordonnées fournies ci-dessous. Si les renseignements personnels recueillis sont incorrects, inexacts ou désuets, le fournisseur tiers les corrigera dans un délai raisonnable. Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc., s'engage par la présente à respecter et à observer les dispositions des lois fédérales et provinciales sur la protection des renseignements personnels. Dans l'éventualité où vos renseignements personnels devraient être davantage protégés en vertu de toute loi applicable sur la protection des renseignements personnels, et qu'une telle protection n'est pas prévue dans la présente déclaration, Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc., s'engage à prendre les mesures qui s'imposent pour donner plein effet à cette protection supplémentaire.

Si vous avez des questions, commentaires ou préoccupations quant à nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, ou si vous souhaitez consulter vos renseignements personnels et les corriger, veuillez communiquer avec Mobilize au 1-888-972-6634 ou par courriel à info@mobilizeRA.ca.

La participation à ce programme est complètement volontaire, et vous pouvez mettre fin à votre participation en tout temps et sans devoir fournir de raison en communiquant avec Mobilize. Une fois que vous aurez annulé votre participation, vos renseignements personnels ne seront plus utilisés. Cependant, tout renseignement personnel recueilli avant l'annulation de votre participation pourra être utilisé sous une forme agrégée et anonymisée pour les besoins du programme.

Sanofi Genzyme, une division de sanofi-aventis Canada inc., se réserve le droit, en tout temps et sans notification préalable, de modifier le programme, y compris les critères d'admissibilité au programme, ou de mettre fin au programme.

Ce formulaire d'autorisation est valide tant et aussi longtemps que vous recevrez les services du programme.

J'ai lu et j'accepte les conditions énoncées le : (jj/mm/aaaa) / /

Signature du patient (ou du représentant légal) :

SIGNER ICI