

Olumiant Programme de Soutien aux Patients FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Téléphone: 1-877-219-8908
Télécopieur: 1-844-344-3546
Envoyer le formulaire par courriel à :
Support@LillyPlus.ca

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT				RENSEIGNEMENTS SUR LA CLINIQUE			
Nom de famille :			Γ.	Les renseignements sur le médecin peuvent être estampillés dans cet espace :			
Prénom :							
Date de naissance : Sexe (M ou F) :							
Adresse :							
Ville : Province:							
Code postal :			F	Nom du médecin :			
Numéro de la carte d'assurance maladie :			ŀ	Personne-ressource à la clinique (si autre que le médecin) :			
			F	Adresse:			
Meilleur numéro de téléphone pour me rejoindre:			H	· · · · ·			
Meilleur moment de la journée pour m'appeler AM PM Peut laisser un message			Ļ	# Téléphone :		0	# Cellulaire :
Langue de préférence :			Ľ	# Télécopieur	-	Courriel (facultatif)	:
				Méthode de communication privilégiée :			
Courriel (facultatif):				Téléphone Télécopieur Courriel			
CONSENTEMENT VOIR LES RENSEIGNEMENTS COMPLETS SUR LE CONSENTEMENT DU PATIENT ET SUR LA CONFIDENTIALITÉ QUI FIGURENT INTÉGRALEMENT AU VERSO. VEUILLEZ VOUS ASSURER DE LIRE ET DE BIEN COMPRENDRE CES RENSEIGNEMENTS.							
DU PATIENT	J'ai lu et compris les re aux ésentes conditions		t du patie	ent et je consens à ce d	que mes renseigneme	nts personne	ls soient recueillis, utilisés et divulgués conformément
Nom du patient ou du représentant légal :				Lien	avec le patien	ıt:	
Signature : Date : (AAAA-MM-JJ)							
Signature :				Date	: (AAAA-MM-JJ)		
DIRECTIVES MÉDICAL	ES			Date	E: (AAAA-MM-JJ)		
		est maintenant		Date aison pour laqu n'est pas prêt (ıelle		
DIRECTIVES MÉDICAL		est maintenant	il r	aison pour laqu n'est pas prêt (ıelle		
Ce patient a terminé tous les examprêt à commencer son traitement	ens préalables et e par OLUMIANT™.		il r	aison pour laqu	ıelle		
Ce patient a terminé tous les examprêt à commencer son traitement Oui Non ORDONNANCE — OLUM	ens préalables et e par OLUMIANT™.		il r	aison pour laqu n'est pas prêt (ıelle		
Ce patient a terminé tous les examprêt à commencer son traitement	ens préalables et e par OLUMIANT™D. IIANT ^{MD} (BAI		il r	aison pour laqu n'est pas prêt (uelle (acultatif)		Renouvellement
DIRECTIVES MÉDICAL Ce patient a terminé tous les examprêt à commencer son traitement Oui Non ORDONNANCE — OLUM Diagnostic : Polyarthrite rhumatoïde	ens préalables et e par OLUMIANT ^{MD} .	RICITINIB) oond aux critères our un traitement compa	il r	aison pour laqu n'est pas prêt (i utre :	ielle facultatif)		Renouvellement
Ce patient a terminé tous les examprêt à commencer son traitement Oui Non ORDONNANCE — OLUM Diagnostic : Polyarthrite rhumatoïde modérée à grave	ens préalables et e par OLUMIANT ^{MD} . IIANT ^{MD} (BA) Le patient rép provinciaux p	RICITINIB) oond aux critères our un traitement compa	il r	aison pour laqu n'est pas prêt (utre : Nouve	ielle facultatif)		Renouvellement
DIRECTIVES MÉDICAL Ce patient a terminé tous les examprêt à commencer son traitement Oui Non ORDONNANCE — OLUM Diagnostic : Polyarthrite rhumatoïde modérée à grave 2 mg; prendre un comprimé une foi	ens préalables et e par OLUMIANTMD. Le patient rép provinciaux p s par jour pendant DECIN égale rédigée pour le patiennance et du présent foet que j'ai passé en revue trants de Lilly ou de ses concernant un produit. Je	PICITINIB) cond aux critères cour un traitement compai jours ient dont le nom figure ci-dessus crimulaire d'inscription sera cons e la monographie de OLUMIAN' iters fournisseurs communiquer e consens à l'utilisation des rens	rable s. Le che servée da TM avec r r seignem	aison pour laqu n'est pas prêt (utre : Nouve ordoni Nombre de re loix du patient quant lans nos dossiers et formé le patient (ou moi au sujet de ce pr nents posologiques c	Ile nance épétitions: au médicament a é ne sera pas réutilise son représentant la tatient, d'OLUMIAI tiue j'ai fournis dans	ée. Je certifi gal) des bie ™D, du progi le cadre du	onsidération et reconnu avant de rédiger cette e que l'utilisation d'OLUMIANT ^{MO} chez ce patient nfaits et des risques potentiels qui sont associés ramme, de tout effet indésirable présenté par le programme afin d'administrer et de surveiller le
DIRECTIVES MÉDICAL Ce patient a terminé tous les examprêt à commencer son traitement Oui Non ORDONNANCE — OLUM Diagnostic : Polyarthrite rhumatoïde modérée à grave 2 mg; prendre un comprimé une foi AUTORISATION DU MÉ Le présent document constitue une ordonnance ordonnance. La copie d'origine de la présente or se fonde sur mon processus décisionnel clinique à son utilisation. Je consens à ce que les représe patient ou de toute plainte formulée par le patient déroulement du programme, d'en faire un compte	ens préalables et e par OLUMIANTMD. Le patient rép provinciaux p s par jour pendant DECIN Égale rédigée pour le pationnance et du présent foet que j'ai passé en revue intants de Lilly ou de ses concernant un produit. Je rendu, de tenir informés	PICITINIB) cond aux critères cour un traitement compani jours ient dont le nom figure ci-dessus comulaire d'inscription sera cons le la monographie de OLUMIAN tiers fournisseurs communiquer e consens à l'utilisation des rens les représentants de Lilly avec	rable s. Le cheservée da TM et in nt avec r seignem qui j'inter	aison pour laqu n'est pas prêt (i utre : Nouve ordoni Nombre de re noix du patient quant ans nos dossiers et formé le patient (ou moi au sujet de ce p nents posologiques ce pragis sur mon utilise	ielle facultatif) Ile nance épétitions : au médicament a é ne sera pas réutilis son représentant lé atient, d'OLUMIANT jue j'ai fournis dans ation du programme	ée. Je certifi gal) des bie MD, du progr le cadre du tout en con	onsidération et reconnu avant de rédiger cette e que l'utilisation d'OLUMIANT ^{MO} chez ce patient nfaits et des risques potentiels qui sont associés ramme, de tout effet indésirable présenté par le programme afin d'administrer et de surveiller le
DIRECTIVES MÉDICAL Ce patient a terminé tous les examprêt à commencer son traitement Oui Non ORDONNANCE — OLUM Diagnostic: Polyarthrite rhumatoïde modérée à grave 2 mg; prendre un comprimé une foi AUTORISATION DU MÉ Le présent document constitue une ordonnance ordonnance. La copie d'origine de la présente or ordonnance. La copie d'origine de la présente ordonnance à son utilisation. Je consens à ce que les représe patient ou de toute plainte formulée par le patient déroulement du programme, d'en faire un compte de montrer l'efficacité du programme.	ens préalables et e par OLUMIANTMD. Le patient rép provinciaux p s par jour pendant DECIN Égale rédigée pour le pationnance et du présent foet que j'ai passé en revue intants de Lilly ou de ses concernant un produit. Je rendu, de tenir informés	PICITINIB) cond aux critères cour un traitement compani jours ient dont le nom figure ci-dessus comulaire d'inscription sera cons le la monographie de OLUMIAN tiers fournisseurs communiquer e consens à l'utilisation des rens les représentants de Lilly avec	rable s. Le cheservée da TM et in nt avec r seignem qui j'inter	aison pour laqu n'est pas prêt (i utre : Nouve ordoni Nombre de re noix du patient quant ans nos dossiers et formé le patient (ou moi au sujet de ce p nents posologiques ce pragis sur mon utilise	ielle facultatif) Ile nance épétitions : au médicament a é ne sera pas réutilis son représentant lé atient, d'OLUMIANT jue j'ai fournis dans ation du programme	ée. Je certifi gal) des bie MD, du progri le cadre du tout en cor	onsidération et reconnu avant de rédiger cette e que l'utilisation d'OLUMIANT ^{MO} chez ce patient nfaits et des risques potentiels qui sont associés ramme, de tout effet indésirable présenté par le programme afin d'administrer et de surveiller le







Page 1 de 2

CONSENTEMENT DE LA PATIENTE ET CONFIDENTIALITÉ

Dans cette page, les mots « vous », « votre » et « vos » font référence à la patiente ou, selon le cas, au parent ou au représentant légal de la patiente qui s'inscrit au nom de la patiente au programme de soutien aux patients LillyPlus (le « programme »). Le mot « représentant » signifie un employé, un agent ou un entrepreneur, et « Lilly » renvoie à Eli Lilly Canada Inc.

Vos renseignements seront recueillis, utilisés et conservés de la façon décrite ci-dessous et conformément à l'énoncé de confidentialité de Lilly. Vous pouvez obtenir une copie de l'énoncé de confidentialité de Lilly en communiquant avec le chef de la protection de la vie privée d'Eli Lilly Canada Inc. C.P. 73, Exchange Tower 130 rue King Ouest, bureau 900 Toronto, Ontario M5X 1B1. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez composer le 1-888-545-5972.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS: COLLECTE, UTILISATION ET CONSERVATION

Afin de participer au programme, vous aurez peut-être à fournir des renseignements personnels aux représentants de Lilly ou à ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients, notamment :

- · vos coordonnées;
- · vos renseignements médicaux personnels;
- des renseignements relatifs à la couverture d'assurance;
- · des renseignements financiers.

Ces renseignements seront recueillis, utilisés et divulgués par Lilly afin de vous offrir les services du programme; il est possible qu'ils soient transmis :

- à des filiales de Lilly;
- aux représentants de Lilly et de ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients qui ont accepté de se conformer aux politiques de Lilly en matière de confidentialité;
- · à vos assureurs publics et privés;
- à vos professionnels de la santé, qui peuvent transmettre ces renseignements à vos assureurs.

Tous les renseignements personnels recueillis dans le cadre du programme seront :

- conservés conformément à la législation, à la réglementation et aux directives applicables et en accord avec l'énoncé de confidentialité de Lilly;
- protégés par des moyens matériels, administratifs et techniques adéquats contre la perte et le vol et contre toute consultation, communication, reproduction, utilisation ou modification non autorisées. Ces moyens de protection s'appliqueront, quel que soit leformat dans lequel vos renseignements sont conservés;
- conservés dans un format permettant l'identification personnelle seulement pendant la période nécessaire aux fins décrites ci-dessous

En communiquant votre adresse électronique et en vous inscrivant au programme, vous consentez à ce que vos renseignements personnels soient transmis par l'intermédiaire de courriels non sécurisés entre les administrateurs du programme, votre assureur et vos fournisseurs de soins de santé dans le but d'établir votre admissibilité au programme, de mener des activités liées au programme et d'assurer la prestation des services liés au programme. Vous reconnaissez que le courriel n'est pas un mode de communication sécuritaire et que vous pouvez retirer votre consentement en tout temps.

Vos renseignements personnels peuvent être transmis, conservés ou traités à l'extérieur du Canada, notamment aux États-Unis, où les lois en vigueur s'appliqueront.

LE PROGRAMME

En vous inscrivant au programme, vous autorisez les représentants de Lilly et ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients à recueillir, utiliser et divulguer vos renseignements personnels afin de vous offrir les services suivants :

- Donner de l'information sur le produit et la maladie.
- Communiquer les données nouvelles sur le produit et la maladie.
- · Fournir des services pour favoriser l'observance et le suivi.
- Demander un remboursement du coût, en tout ou en partie, de votre traitement par OLUMIANT^{MD}, tout en sachant que le remboursement n'est pas garanti. Il est possible qu'ils communiquent avec votre médecin afin d'obtenir des renseignements supplémentaires, au besoin, qui serviront à remplir votre demande de remboursement.
- Consulter votre dossier médical afin de vous offrir les services du programme.
- Utiliser vos renseignements de façon anonyme afin d'administrer le programme et d'en surveiller le déroulement, d'évaluer et de montrer son efficacité et de réaliser des études et des analyses basées sur l'économie de la santé et les résultats, et à d'autres fins commerciales.

Il est possible que des représentants de Lilly ou ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients communiquent avec vous, notamment pour :

- · vous offrir les services du programme;
- vous demander vos commentaires concernant votre expérience avec le programme;
- vous fournir des renseignements mis à jour sur OLUMIANT^{MD} et le programme.

En vous inscrivant au programme et en fournissant votre adresse courriel ou votre numéro de téléphone, vous consentez à ce qu'un représentant du programme communique avec vous par courriel ou message texte et à ce qu'un représentant du programme, votre assureur et votre (ou vos) professionnel(s) de la santé s'échangent vos renseignements personnels par courriel afin d'établir votre admissibilité au programme et de vous offrir les services du programme. Vous pourriez recevoir des courriels ou des messages textes pendant votre participation au programme afin de vous informer de votre statut et des services offerts dans le cadre du programme et de vous faire part d'avis ou de rappels. Vous reconnaissez que les courriels et les messages textes ne sont pas des moyens de communication sécurisés. L'information contenue dans un courriel ou un message texte pourrait être consultée et lue par un tiers.

Vous n'êtes pas obligée de participer au programme pour vous procurer OLUMIANT™D. Lilly se réserve le droit d'apporter des changements ou de mettre fin à ce programme en tout temps et n'est nullement tenue de vous fournir de l'assistance en ce moment et à l'avenir.

RETRAIT DE VOTRE CONSENTEMENT

Vous pouvez annuler cette autorisation générale et vous retirer du programme en appelant au 1-855-545-5922. Dans ce cas, votre retrait n'est pas rétroactif : il n'aura aucune conséquence sur les activités concernant vos renseignements personnels qui se sont déroulées avant celui-ci. Vos renseignements personnels seront supprimés et conservés conformément à la législation, à la réglementation et aux directives applicables et en accord avec l'énoncé de confidentialité de Lilly. Vous pouvez également accéder aux renseignements personnels que Lilly ou ses représentants détiennent à votre sujet, de même que les corriger.

Les renseignements conservés par Lilly ou ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients continueront d'être traités de la façon décrite ci-dessus et conformément à l'énoncé de confidentialité de Lilly.







Page 2 de 2