## PROGRAMME ORENCIA RESPONSEMD FORMULAIRE D'INSCRIPTION ET DE CONSENTEMENT

Programme ORENCIA response

TÉLÉPHONE: 1-877-979-3200

TRANSMETTRE PAR TÉLÉCOPIEUR AU: 1-877-681-5236 OU

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT	
Nom de famille:	Prénom:
Téléphone (domicile):	Téléphone (travail):
Directives particulières (langue, moment opportun pour app	peler afin d'obtenir des renseignements, etc.):
Date de naissance: jj aa	Sexe: □ M □ F
Adresse:	Ville:
Province: Code Postal: _	Adresse de courriel:
RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN	
Nom du médecin traitant:	
Numéro de permis d'exercice:Téléphone	e : Télécopieur :
PRODUCTION DE RAPPORTS	
précis dans le cadre du programme.  Uruillez n'envoyer aucun rapport	de santé, n <sup>bre</sup> de perfusions) est envoyé au médecin à des intervalles
RENSEIGNEMENTS POSOLOGIQUES	
Type de prescription: ☐ Nouveau traitement ☐ Poursuite d <b>ORDONNANCE</b>	u traitement Poids du patient : 🗖 lb 📮 kg
Signature du médecin prescripteur:	Date:
<sup>Pr</sup> ORENCIA™ IV (abatacept), fiole de 250 mg	°ORENCIA™ SC (abatacept), 125 mg/mL pour injection
Administrer par perfusion en 30 minutes:	Fréquence : Hebdomadairement
□ 500 mg (2 fioles) □ 750 mg (3 fioles) □ 1 000 mg (4 fioles	s) Dose d'attaque IV requise 🔲 Oui 🗀 Non
Semaines 0, 2 et 4, puis toutes les 4 semaines par la suite.	Dose d'attaque : Administrer par perfusion en 30 minutes :
Renouvellements: ☐ x 6 mois ☐ x 12 mois	□ 500 mg (2 fioles) □ 750 mg (3 fioles) □ 1 000 mg (4 fioles)
	Renouvellements: □ x 6 mois □ x 12 mois
Directives particulières:	
À quel endroit souhaitez-vous que votre patient reço	oive son traitement par ORENCIA IV (abatacept)?
☐ Clinique de rhumatologie/cabinet du médecin ☐ Cliniqu	ue de perfusion du PROGRAMME ORENCIA RESPONSE <sup>MD</sup>
☐ Cabinet du médecin, administré par l'infirmière du PROGE	ramme orencia response <sup>md</sup>
☐ Clinique de l'hôpital ☐ Domicile du patient ☐ Autre	
VEUILLEZ LIRE LES SECTIONS SUR LE CONSENTEMENT	ET L'AUTORISATION, PUIS SIGNER DANS L'ESPACE CI-DESSOUS.
Je,, soussigi	né(e), ai lu les modalités et:
• Je comprends les services offerts dans le cadre du PROGRAMN d'autorisation au verso de ce formulaire et je donne mon acco	ME ORENCIA RESPONSE <sup>MD</sup> ainsi que l'énoncé de consentement et ord.
<ul> <li>J'accepte qu'on transfère mes renseignements personnels à Bristol</li> </ul>	l-Myers Squibb Canada, conformément au consentement et à l'autorisation.
Signature du patient ou du représentant légal	Date
IMPORTANT: S'il est impossible d'obtenir le consentement écrit Le traitement de l'inscription au PROGRAMME ORENCIA RESPO	t du patient, veuillez préciser quand le consentement verbal a été obtenu. DNSE <sup>MD</sup> pourra alors se poursuivre.
Consentement verbal obtenu par	 Date

## PROGRAMME ORENCIA RESPONSE CONSENTEMENT ET AUTORISATION



## **Consentement et autorisation**

Afin de vous inscrire au PROGRAMME ORENCIA RESPONSE<sup>MD</sup>, [un programme de services à la clientèle administré actuellement par Innomar Strategies Inc. (« l'administrateur ») et commandité par Bristol-Myers Squibb Canada (« BMS »)], votre professionnel de la santé et vous devrez remplir le formulaire d'inscription et de consentement du PROGRAMME ORENCIA RESPONSE<sup>MD</sup>, et l'envoyer par la poste ou par télécopieur, ou téléphoner pour donner les renseignements requis. Pour participer au programme, vous devrez donner certains renseignements personnels, comme votre nom, votre âge, votre adresse et votre numéro de téléphone, de même que des renseignements concernant votre état de santé et votre situation financière, puisque ces renseignements ont une incidence sur l'administration du traitement et sur le remboursement des frais d'ordonnances. Afin de vous fournir les services liés au PROGRAMME ORENCIA RESPONSE<sup>MD</sup>, il est possible que nous devions divulguer certains renseignements personnels. Certaines données regroupées ne divulguant aucune donnée personnelle pourraient aussi être utilisées dans des rapports.

Tous les renseignements personnels reçus par voie électronique sont conservés dans des bases de données cryptées, et les dossiers papier sont conservés dans des classeurs verrouillés, à l'intérieur d'une zone d'accès restreint. Seul le personnel du PROGRAMME ORENCIA RESPONSE<sup>MD</sup> ayant besoin de ces données pour mener les activités du programme a accès aux dossiers papier et aux fichiers électroniques. Les dossiers de patients seront conservés aussi longtemps que le PROGRAMME ORENCIA RESPONSE<sup>MD</sup> sera en vigueur et pendant trois ans après la fin du programme afin de respecter l'obligation légale se rapportant à la conservation des dossiers de patients. Pour de plus amples renseignements ou pour toute autre question, veuillez communiquer avec l'agent de la protection des renseignements personnels du PROGRAMME ORENCIA RESPONSE<sup>MD</sup>. Veuillez lire attentivement ce formulaire au complet avant de le signer. Vous avez le droit de refuser de signer le formulaire de consentement. Toutefois, sans votre consentement, vous pourriez ne pas être admissible aux services du PROGRAMME ORENCIA RESPONSE<sup>MD</sup>. Si vous avez des questions ou pour obtenir de plus amples renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec le PROGRAMME ORENCIA RESPONSE<sup>MD</sup> au 1-877-979-3200. Les appels peuvent être écoutés et enregistrés aux fins d'assurance de la qualité.

## Consentement du patient

De plus, la collecte de renseignements sur les effets indésirables des médicaments permet à BMS de surveiller l'innocuité de ses médicaments et d'évaluer de manière continue leur dossier risques/bienfaits, en plus de se conformer aux lois et règlements locaux et internationaux. Mes renseignements personnels ainsi que les détails concernant toute réaction indésirable au médicament pendant le traitement par un produit de BMS peuvent être communiqués à Innomar et divulgués au Service de pharmacovigilance de BMS.
\_\_\_\_\_\_\_(initiales)

Tous les renseignements fournis à BMS seront conservés dans la base de données sur l'innocuité de l'entreprise aux États-Unis et pourront être communiqués aux entreprises du groupe BMS et à des organismes de réglementation conformément aux lois et règlements en viqueur.

Je consens également à ce que BMS communique avec mon médecin pour lui demander des explications concernant la réaction indésirable au médicament le cas échéant.

Je consens à ce qu'Innomar (« l'administrateur »), ses employés et ses consultants recueillent des renseignements personnels à mon sujet, y compris des renseignements sur ma santé (c.-à-d. mon nom, mes coordonnées, des renseignements sur mon trouble médical et sur mes assurances médicales), directement auprès de moi ou auprès de mon(mes) fournisseur(s) de soins de santé et (ou) d'assurance maladie, le cas échéant, et utilisent et divulguent ces renseignements de manière confidentielle, uniquement aux fins d'exécution des services fournis dans le cadre du PROGRAMME ORENCIA RESPONSE<sup>MD</sup> ou selon ce qui est permis ou exigé par la loi. Les fournisseurs de soins de santé et les représentants d'Innomar ne sont pas autorisés à divulguer des données permettant d'identifier le patient à BMS. Cependant, je comprends qu'Innomar pourrait transmettre certains renseignements sur ma santé à BMS sous forme de données regroupées ou rendues anonymes, après en avoir retiré toute l'information permettant de m'identifier.

Si, à tout moment et pour quelque raison que ce soit, BMS désigne une autre entreprise pour remplacer Innomar à titre d'administrateur du PROGRAMME ORENCIA RESPONSE<sup>MD</sup>, j'autorise par la présente l'administrateur actuel à transmettre mes dossiers personnels et médicaux au nouvel administrateur désigné par BMS, afin de continuer de participer au PROGRAMME ORENCIA RESPONSE<sup>MD</sup> selon les mêmes exigences que celles de l'administrateur actuel décrites ci-dessus. Je consens également à ce que d'autres fournisseurs tiers communiquent avec moi pour la tenue de sondages sur la satisfaction de la clientèle concernant les services que j'ai reçus dans le cadre du PROGRAMME ORENCIA RESPONSE<sup>MD</sup> et pour fournir des services supplémentaires qui pourraient m'être offerts dans le cadre du PROGRAMME ORENCIA RESPONSE<sup>MD</sup>.

Je peux retirer en tout temps mon consentement à de telles communications en transmettant une demande écrite à l'administrateur par télécopieur au 1-877-979-3200. Je comprends que le fait de retirer mon consentement pourrait limiter la capacité de l'administrateur de me fournir les services du PROGRAMME ORENCIA RESPONSE<sup>MD</sup>.

Veuillez consulter les renseignements thérapeutiques pour connaître les directives complètes relatives à la posologie et à l'administration.

ORENCIA (abatacept) est une marque déposée de Bristol-Myers Squibb Company, utilisée sous licence par Bristol-Myers Squibb Canada. Le PROGRAMME ORENCIA RESPONSE est une marque déposée de Bristol-Myers Squibb Company, utilisée sous licence par Bristol-Myers Squibb Canada. Monographie du produit disponible sur demande.