

Veillez envoyer le formulaire rempli par télécopieur au 1-888-331-3432

Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HE) Téléphone : 1-855-310-5102

I. SECTION DU PATIENT (en LETTRES MAJUSCULES)

II. Prénom _____ Nom de famille _____

III. Date de naissance _____
 JJ MM AAAA

IV. # _____ Rue _____
 Ville _____ Province _____ Code Postal _____

V. Téléphone préféré : _____ Téléphone alternatif ou courriel : _____

VI. Meilleur moment de la journée pour contacter (HE) :
 Matin 8 h à 12 h Soirée de 17 h à 20 h
 Après-midi de 12 h à 17 h Aucune préférence

VII. Langue préféré : Anglais Français

II. INFORMATIONS SUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ QUI S'INSCRIT Personne qui s'inscrit (veuillez cocher une case)

Médecin Navigateur pour l'accès aux médicaments Patient
 Infirmière Pharmacien Infirmière praticienne

Prénom _____ Nom de famille _____

Hôpital/Clinique/Pharmacie _____

Téléphone au bureau _____ Télécopieur du bureau _____

Courriel _____

Signature _____

III. SERVICES (pour les services supplémentaires, voir au verso)

Vaccin Shingrix Conseils en nutrition
 Analyses de sang Formation à l'auto-injection requise

IV. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Radiographie pulmonaire requise Non Oui

Résultat _____

Test de Dépistage de la Tuberculose requis Non Oui

Si le résultat du test de dépistage tuberculose est positif, le patient reçoit-il un traitement antituberculeux ?
 Non
 Oui à compléter le _____
 JJ MM AAAA

Le patient a-t-il déjà souffert d'une réaction allergique grave ? Non Oui

Allergies : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Précédent : _____

Médicament/biologique : _____

V. ORDONNANCE

Sélectionnez le format, le diagnostic et l'ordonnance

- Seringue pré-remplie** en dose de 40 mg/0,4 ml **Stylo Injecteur** en dose de 40 mg/0,4 ml
- Seringue pré-remplie** en dose de 80 mg/0,8 ml
- Polyarthrite rhumatoïde** – 40 mg administré toutes les 2 semaines par injection sous-cutanée (SC).
- Rhumatisme psoriasique** – 40 mg SC administré toutes les 2 semaines.
- Spondylarthrite ankylosante** – 40 mg SC administré toutes les 2 semaines.
- Maladie de Crohn chez l'adulte** – 160 mg SC à la semaine 0, suivie de 80 mg SC à la semaine 2. Le traitement d'entretien est de 40 mg SC toutes les 2 semaines à compter de la semaine 4.
- Colite ulcéreuse chez l'adulte** – La dose d'induction est de 160 mg SC à la semaine 0, suivie de 80 mg SC deux semaines plus tard. Le traitement d'entretien est de 40 mg SC toutes les 2 semaines à compter de la semaine 4.
- Hidradénite suppurée** – La dose d'induction est de 160 mg SC à la semaine 0, suivie de 80 mg SC 2 semaines plus tard. Le traitement d'entretien est de 40 mg SC toutes les semaines à compter de la semaine 4.
- Psoriasis en plaques** – Une dose initiale de 80 mg SC, suivie de 1 dose d'entretien de 40 mg SC toutes les 2 semaines, une semaine après l'administration de la dose initiale.
- Uvéite chez l'adulte** – Une dose initiale de 80 mg SC, suivie de 1 dose d'entretien de 40 mg SC toutes les 2 semaines une semaine après l'administration de la dose initiale.
- Uvéite chez l'enfant** – Chez les patients âgés de 2 ans et plus, la posologie est déterminée en fonction du poids corporel. Pour un poids > 30 kg, la posologie est 40 mg SC toutes les 2 semaines (uniquement chez les patients qui ont besoin de la dose complète de 40 mg). Administré en association avec le méthotrexate.
- Hidradénite suppurée chez l'adolescent** – Chez l'adolescent (âgé de 12 à 17 ans pesant 30 kg ou plus), la posologie recommandée est de 80 mg SC à la semaine 0, suivie de 40 mg SC toutes les 2 semaines à compter de la semaine 1.
- Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire** – Chez les patients âgés de 2 ans et plus, la posologie est déterminée en fonction du poids corporel. Pour un poids > 30 kg, la posologie est 40 mg SC toutes les 2 semaines (uniquement chez les patients qui ont besoin de la dose complète de 40 mg).

LA DURÉE DU TRAITEMENT (mois)

3 6 12 Autres _____

VII. CONSENTEMENT DU MÉDECIN – Requis uniquement pour l'ordonnance initiale

En signant ci-dessous, je confirme que : (i) je suis le médecin prescripteur de ce patient; (ii) la présente constitue une ordonnance originale pour ce patient [s'il y a lieu] et j'autorise le programme JAMP Care à la transmettre en mon nom à la pharmacie de choix du patient; et (iii) sous réserve du consentement du patient, j'accepte que le programme communique avec moi au sujet de ce patient afin de faciliter l'administration du programme et la prestation des soins au patient.

Numéro de licence du Médecin _____

Signature du Médecin _____

VEUILLEZ REMPLIR LA PAGE 2 AU VERSO

VII. TESTS DE LABORATOIRE ET SERVICES SUPPLÉMENTAIRES

- Quantiferone Gold (GRA) test de dépistage de la TB
- Pharmacométrie clinique
- Test cutané de dépistage de la tuberculose
- Analyse de la calprotectine fécale
- QuantON Cal
- Autres vaccinations (disponibles sur demande; veuillez préciser)

VIII. CONSENTEMENT DU PATIENT

J'ai pris connaissance du Consentement du patient à la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels sur cette page et je l'accepte.

Signature du patient ou du parent le plus proche :

Date : JJ MM AAAA

- S'il est impossible d'obtenir le consentement écrit du patient ou du parent le plus proche, veuillez documenter le consentement verbal.

Nom de la personne qui a obtenu le consentement verbal

Signature de la personne qui a obtenu le consentement verbal

Lien avec le patient

Date à laquelle le consentement verbal a été obtenu

JJ MM AAAA

(REMARQUE : L'option de consentement verbal ne s'applique qu'aux provinces autres que l'Alberta. En vertu de la loi albertaine, le consentement verbal n'est pas autorisé).



Si vous avez des questions concernant le programme, veuillez contacter le programme de soutien aux patients JAMP Care: 1-855-310-5102

Le programme de soutien aux patients JAMPCare^{MC} est parrainé et offert par Corporation JAMP Pharma (« **JAMP** ») afin de soutenir les patients qui prennent certains produits JAMP (le « **Programme** »). Le Programme est administré par JAMP et un fournisseur de services tiers, ainsi que leurs agents et affiliés (collectivement, les « **Administrateurs du Programme** »).

Afin de vous inscrire au Programme, vous ou votre fournisseur de soins de santé avez fourni au Programme certaines informations vous concernant, tel qu'indiqué sur le formulaire d'inscription, et le Programme peut recueillir d'autres informations auprès de vous ou de votre fournisseur de soins de santé, y compris vos informations personnelles et vos informations de santé personnelles (par exemple, votre nom, sexe, âge, adresse, numéro de téléphone, adresse courriel, informations médicales, financières et d'assurance dans la mesure où elles affectent votre thérapie et le remboursement de vos ordonnances) (collectivement, vos « **Informations** »).

Le Programme collectera, utilisera, divulguera et conservera vos Informations afin de vous fournir les services suivants (les « **Services du Programme** »), au besoin:

- Suivi des progrès et rapports ;
- Soutien des infirmiers et des pharmaciens;
- Aide à la communication avec les administrateurs et les gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments ou les compagnies d'assurance afin d'obtenir le remboursement de votre ordonnance;
- Rapport sur votre couverture d'assurance à votre médecin;
- Possibilité de participer à des études de marché concernant les personnes atteintes de votre maladie ou à des initiatives éducatives dans votre région; et/ou
- Des communications régulières sur votre thérapie, vos appareils (le cas échéant) et les offres de programmes de soutien.
- Conseils en nutrition
- Formation à l'auto-injection

En signant et en soumettant le présent formulaire, vous consentez à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos Informations par les Administrateurs du Programme pour l'administration du Programme et la prestation des Services du Programme, tel que requis ou permis par la loi et conformément à la politique de confidentialité du Programme, qui peut être obtenue en appelant le 1-855-310-5102 ou en visitant www.jampcare-support.ca. Vous comprenez également que les Administrateurs du Programme peuvent communiquer avec vous dans le cadre de l'administration du Programme et de la prestation des Services du Programme, et vous acceptez d'être contacté maintenant et à l'avenir par les Administrateurs du Programme au sujet du Programme, de votre état et/ou de votre ordonnance.

En outre, vous autorisez le Programme à obtenir d'autres informations auprès de vos fournisseurs de soins de santé et de votre compagnie d'assurance maladie si cela est jugé nécessaire pour garantir l'exactitude et l'exhaustivité de vos Informations, pour administrer le Programme et/ou pour fournir les Services du Programme.

Utilisation et divulgation de vos Informations

Le Programme assurera la confidentialité de vos Informations que vous fournissez et ne les utilisera qu'aux fins énoncées dans le présent formulaire de consentement. De temps à autre, le Programme peut avoir besoin de divulguer certaines de vos Informations à un tiers qui participe à la prestation des Services du Programme. Il peut s'agir, par exemple, d'un pharmacien d'officine, d'un navigateur en matière de remboursement, d'un service d'infirmiers sur le terrain ou d'un assureur. Le Programme limitera l'ampleur des Informations divulguées aux seuls renseignements nécessaires pour vous fournir les Services du Programme. Le Programme peut dépersonnaliser vos renseignements pour les utiliser dans des rapports, des publications et à des fins promotionnelles. Toutes les Informations recueillies et enregistrées dans le cadre du Programme seront traitées et conservées par les Administrateurs du Programme conformément à la législation applicable en matière de protection de la vie privée et de la santé. Vos Informations peuvent être recueillies, utilisées, divulguées ou conservées à l'extérieur de votre province, de votre territoire ou de votre pays, et les lois sur la protection de la vie privée de ces territoires peuvent être moins rigoureuses que les lois du Canada ou de votre province ou territoire de résidence. Vos Informations seront conservées aussi longtemps que le Programme sera en vigueur et aussi longtemps qu'il sera nécessaire par la suite pour satisfaire aux exigences légales relatives à la conservation des dossiers des patients. Pour de plus amples renseignements ou pour toute autre question, veuillez communiquer avec le Programme pour parler au responsable de la protection de la vie privée. Les appels peuvent être surveillés et enregistrés à des fins d'assurance qualité ou de formation.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Si vous choisissez de retirer votre consentement au Programme, sachez que vous pourriez ne plus être admissible aux Services du Programme, y compris le soutien aux patients et l'aide au remboursement, à compter de la date de retrait.

Vous comprenez que JAMP peut nommer un nouvel Administrateur de Programme à tout moment et vous consentez à ce que le nouvel Administrateur de Programme continue de recueillir, d'utiliser et de divulguer vos Informations tel qu'indiqué dans le présent formulaire.

Vous comprenez que toute aide financière que vous est fournie à la suite de votre inscription au Programme peut être un revenu à déclarer aux payeurs publics ou privés ou aux agences gouvernementales. Vous comprenez que vous êtes seul responsable de cette déclaration et de la conformité de l'acceptation de cette aide financière.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter le Programme pour plus d'informations. Pour obtenir des informations sur les politiques et procédures du Programme en matière de protection de la vie privée, veuillez communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée du Programme au 1-855-310-5102 ou visitez le www.jampcare-support.ca