



FORMULAIRE D'INSCRIPTION RHUMATOLOGIE

Télécopiez le formulaire dûment rempli au 1-855-489-3935 (EXEL)

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (à remplir par le patient)

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____

SEXE F M

DATE DE NAISSANCE (AA/MM/JJ) _____

Appels téléphoniques – veuillez indiquer votre préférence :

DOMICILE _____ Laisser un message

CELL. _____ Communiquer par textos

Laisser un message

Meilleurs moments pour me joindre la semaine _____

COURRIEL* (FACULTATIF) _____

Langue de préférence :

Anglais Français Autre _____

* En donnant votre adresse électronique, vous acceptez de recevoir des messages électroniques renfermant de l'information et des mises à jour au sujet du **programme eXel®. L'administrateur®** – la société Innomar Strategies Inc. et ses sociétés affiliées, qui gèrent le **programme eXel** – sollicite votre consentement au nom de Pfizer Canada SRL, le promoteur du programme. Vous pouvez retirer votre consentement à recevoir des messages électroniques en suivant les instructions fournies dans le message électronique. Vous pouvez communiquer en tout temps avec l'administrateur du programme en composant le 1-855-XEL-EXEL (935-3935) ou en écrivant à : **Programme eXel**, 3131, boul. de la Côte-Vertu, case postale 34586, Saint-Laurent (Québec) H4R 2P4.

J'ai lu, j'ai compris et j'accepte l'énoncé de consentement du patient figurant au verso de cette page.

SIGNATURE DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL _____

DATE _____

NOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) _____

RELATION ENTRE LE REPRÉSENTANT LÉGAL ET LE PATIENT _____

SIGNATURE DU TÉMOIN _____

DATE _____

NOM DU TÉMOIN (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) _____

Vous pouvez communiquer avec le programme de soutien de la clientèle de XELJANZ/XELJANZ XR, en téléphonant au 1-855-935-3935 (XEL-EXEL)

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN (à remplir par le médecin)

NOM _____

N° DE PERMIS D'EXERCICE _____

ADRESSE _____

COURRIEL _____

TÉL. _____ TÉLÉC. _____

Le médecin peut également inscrire ses renseignements dans cette section à l'aide d'un tampon encreur.

INFORMATION SUR L'ORDONNANCE

Nouvelle inscription Renouvellement

DIAGNOSTIC (cochez la case correspondant au diagnostic et à la posologie)

Polyarthrite rhumatoïde d'intensité modérée à grave

XELJANZ à 5 mg deux fois par jour

XELJANZ XR à 11 mg une fois par jour

XELJANZ à 5 mg une fois par jour (consulter la monographie pour connaître l'ajustement posologique dans les cas particuliers)

Arthrite psoriasique évolutive

XELJANZ à 5 mg deux fois par jour

XELJANZ à 5 mg une fois par jour (consulter la monographie pour connaître l'ajustement posologique dans les cas particuliers)

Nombre de renouvellements (mois) :

3 6 12 Autre : _____

DATE DE DÉBUT DU TRAITEMENT*

Dès que possible Autre : _____

* Lors du début du traitement par le tofacitinib, l'intervalle entre l'administration d'un vaccin vivant et la mise en route du traitement par le tofacitinib doit être conforme aux lignes directrices en vigueur sur la vaccination en ce qui a trait aux agents immunomodulateurs.

J'ai lu, j'ai compris et j'accepte l'énoncé de consentement du médecin figurant au verso de cette page.

SIGNATURE DU MÉDECIN _____

DATE _____

Acceptez-vous que le Service de l'innocuité des médicaments de Pfizer communique avec vous à propos des renseignements fournis dans le présent formulaire ou tout autre document qui l'accompagne? Oui Non

NOTES _____

CONSENTEMENT DU PATIENT

Consentement à divulguer les renseignements personnels – programme eXel

Instructions spéciales : Ce formulaire de consentement pourrait contenir des mots ou des groupes de mots qui sont nouveaux pour vous. Si vous ne comprenez pas bien l'ensemble ou une partie de ce formulaire, veuillez demander à la personne qui vous a remis ce formulaire de vous l'expliquer. Les mots écrits en caractères gras sont expliqués au bas du formulaire.

Nous sollicitons votre permission de recueillir, d'utiliser et de divulguer vos renseignements personnels. Le programme d'assistance aux patients traités par XELJANZ/XELJANZ XR, appelé le **programme eXel**[†] (le « programme ») est offert gratuitement à tous les patients à qui l'on a prescrit XELJANZ/XELJANZ XR. Le programme offre différentes formes d'assistance. La divulgation de vos renseignements personnels, comme il est décrit dans le présent formulaire, nous aidera à déterminer quels services et documents du programme vous conviennent le mieux.

Afin de pouvoir prendre part au programme et de nous permettre d'accomplir les activités du programme en votre nom, vous acceptez de faire ce qui suit :

- Permettre à vos **professionnels de la santé**[§] ainsi qu'à l'**administrateur**[¶] (l'entreprise qui supervise et dirige le programme) et au **personnel du programme eXel**^{††} (le « personnel du programme ») de recueillir, d'utiliser, de partager entre eux et de conserver vos renseignements personnels. Ces personnes sont décrites au bas du présent formulaire.
- Permettre au personnel du programme d'utiliser les renseignements personnels que vous avez fournis pour communiquer avec vous et de recueillir d'autres renseignements personnels nécessaires ou relatifs à l'administration du programme. Par exemple, on pourrait vous demander des commentaires sur la qualité des services offerts par le programme, sur tout autre service connexe ou sur les résultats de votre traitement par XELJANZ/XELJANZ XR, ce qui pourrait inclure des études de marché limitées, comme des sondages portant sur votre expérience, afin que Pfizer puisse mieux comprendre ses produits et ses programmes, et les améliorer. Le personnel du programme pourrait vous laisser des messages au numéro de téléphone que vous avez fourni, si vous avez coché la case *Laisser un message* du formulaire de consentement.
- Permettre à Pfizer Canada (la société qui vend XELJANZ/XELJANZ XR) et à ses sociétés affiliées (« Pfizer ») de recueillir vos renseignements personnels ainsi que des données sur les effets secondaires (aussi appelés « effets indésirables ») que vous pourriez ressentir en prenant XELJANZ/XELJANZ XR ou tout autre médicament fabriqué par Pfizer. Ensemble, Pfizer et Santé Canada (organisme gouvernemental qui approuve l'utilisation de ce produit et d'autres médicaments) demandent ces renseignements afin de suivre le profil d'innocuité de ces médicaments. Les données recueillies auprès de vous ou d'autres patients aident Pfizer et Santé Canada à mieux comprendre les effets de ces médicaments sur les patients qui les prennent. Pfizer peut aussi communiquer avec l'administrateur ou avec vos professionnels de la santé si elle désire plus d'information sur une manifestation indésirable ressentie. Ces renseignements pourront être transmis à Santé Canada ou à d'autres organismes de réglementation afin de signaler tout effet indésirable, ou si la loi le requiert.
- Permettre à Pfizer, ou à un fournisseur de services embauché par Pfizer, d'accéder à vos renseignements personnels pour évaluer le programme ou formuler des recommandations visant à améliorer le programme. Par exemple, Pfizer ou ses fournisseurs de services pourront consulter les documents contenant vos renseignements personnels ou surveiller vos conversations téléphoniques avec le personnel du programme à des fins de contrôle de la qualité. Tous les fournisseurs de services auront l'obligation d'utiliser les renseignements personnels uniquement à des fins relatives à l'évaluation ou à l'administration du programme; aucun renseignement personnel ne sera divulgué à des tiers.

En donnant votre consentement, vous reconnaissez ce qui suit :

- Vous acceptez de recevoir les services, le soutien et les documents répondant à vos besoins offerts dans le cadre du programme.
- Il est interdit au personnel du programme de recueillir, d'utiliser, de divulguer ou de conserver vos renseignements personnels pour quelque motif que ce soit sauf aux fins des activités décrites dans le présent formulaire de consentement. Le personnel du programme ne peut divulguer aucun de vos renseignements personnels à quiconque sauf à vos professionnels de la santé, à moins que les **renseignements relatifs à la santé**[†] permettant de vous identifier ne soient retirés. Par exemple, votre

nom, votre adresse et vos identificateurs personnels doivent être supprimés si l'un de vos renseignements relatifs à la santé est divulgué à quiconque n'est pas votre professionnel de la santé. Les renseignements relatifs à la santé dans lesquels votre nom, votre adresse ou vos identificateurs personnels ne figurent pas pourraient quand même être divulgués après le retrait de votre consentement.

- Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en envoyant une demande signée à l'administrateur. Vous pouvez envoyer cette demande signée par la poste à l'adresse ci-dessous ou la télécopier au numéro figurant dans le haut de cette page. Vous devez donner votre consentement pour bénéficier des services du programme eXel. Si vous décidez de retirer votre consentement, votre inscription au programme eXel prendra fin. Cela signifie que vous ne pourrez recevoir aucun service d'assistance du programme ni aucun soutien financier relativement à XELJANZ/XELJANZ XR, si vous y êtes admissible.
- Sauf là où la loi l'interdit, vous pouvez obtenir une copie de vos renseignements personnels. Vous pouvez corriger toute erreur ou poser des questions à l'administrateur au sujet de la collecte, de l'utilisation, de la divulgation ou de la conservation de vos renseignements personnels. Vous pouvez communiquer avec l'administrateur à l'adresse ci-dessous.
- Tous les appels à destination ou en provenance de l'administrateur pendant la prestation des services du programme pourraient être surveillés ou enregistrés à des fins de contrôle de la qualité et de formation du personnel.
- Vos renseignements personnels pourraient être recueillis, utilisés, partagés ou archivés hors de votre province, de votre territoire ou de votre pays. Les lois de ces pays relatives à la vie privée peuvent être moins strictes que celles du Canada et de ses provinces.
- Vos renseignements personnels pourraient également être divulgués ou transférés à un tiers advenant une proposition ou la conclusion d'une transaction d'achat ou de vente (y compris une liquidation, une réalisation, une fusion ou une reprise de possession), de crédit-bail, d'unification ou d'acquisition de tout ordre, ou, au contraire, de cession, de transfert, de transfert de possession ou de financement de l'ensemble ou d'une partie, d'une division, d'éléments d'actifs ou d'actions de Pfizer Canada.
- Pfizer Canada a le droit de modifier ou d'annuler le programme et ses services en tout temps, sans préavis.
- Si, à un moment quelconque et pour quelque raison que ce soit, Pfizer Canada désigne un nouvel administrateur pour le programme, vous permettez que vos renseignements personnels soient transférés par l'administrateur actuel ou par Pfizer au nouvel administrateur, afin de continuer à participer au programme.
- Vous ne tenterez pas de déclarer le montant de soutien reçu dans le cadre de ce programme à titre de frais déboursés pour des médicaments d'ordonnance dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments.
- À moins que vous ne retirez votre consentement, votre consentement est valide pendant que vous recevez des services dans le cadre du programme et pour une durée raisonnable après la fin du traitement.

† Vos **renseignements personnels** comprennent vos données individuelles (nom, sexe, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, etc.), vos données financières et les **renseignements relatifs à votre santé** (antécédents médicaux, affections médicales, traitements en cours, renseignements sur votre assurance médicale, etc.).

‡ Pfizer Canada a mis au point le **programme eXel** pour aider les patients à se procurer XELJANZ/XELJANZ XR et à suivre leur plan de traitement de la polyarthrite rhumatoïde (XELJANZ/XELJANZ XR) ou de l'arthrite psoriasique (Xeljanz seulement, car XELJANZ XR n'est pas indiqué pour l'arthrite psoriasique).

§ Les **professionnels de la santé** englobent tous vos médecins, infirmières, pharmaciens ou personnel de soutien de la pharmacie, compagnies d'assurance privée, payeurs publics et autres fournisseurs de soins ou tiers dépositaires de l'information appropriée.

¶ L'**administrateur** est la société Innomar Strategies Inc. et ses sociétés affiliées, qui gèrent le **programme eXel**. On peut les joindre à l'adresse suivante : **Programme eXel**, 3131, boul. de la Côte-Vertu, case postale 34586, Saint-Laurent (Québec) H4R 2P4.

†† Le **personnel du programme eXel** comprend les employés et les consultants de l'administrateur (Innomar Strategies Inc. et ses sociétés affiliées), de même que les fournisseurs de services embauchés par l'administrateur pour assurer la gestion du programme, offrir des services ou animer des activités dans le cadre du programme.

CONSENTEMENT DU MÉDECIN

Ma signature atteste que :

- Je suis le médecin prescripteur de ce patient;
- J'ai prescrit XELJANZ/XELJANZ XR à ce patient pour une indication approuvée par Santé Canada;
- Sous réserve du consentement du patient ci-dessus et seulement dans la mesure permise par ce consentement :
 - J'accepte que le personnel du **programme eXel**[†] prenne contact avec moi relativement au consentement du patient donné ci-dessus afin que je l'aide à fournir le programme, et ce, sans que cela limite le remboursement versé au patient ni les soins qui lui sont dispensés;
 - Je consens à ce que l'**administrateur**[¶] reçoive, recueille, conserve, utilise et divulgue tout renseignement fourni par moi sur le patient et qui est nécessaire pour aider le patient à obtenir les services ou l'assistance auxquels il a consenti;
 - Je consens à ce que Pfizer Canada (la société qui vend XELJANZ/XELJANZ XR) et ses sociétés affiliées (« Pfizer ») prennent contact avec moi si elles ont besoin de plus amples renseignements sur tout effet indésirable ressenti par le patient indiqué ci-dessus consécutivement à la prise de XELJANZ/XELJANZ XR ou de tout autre médicament fabriqué par Pfizer;

- Je consens à ce que l'administrateur fournisse cette ordonnance à la pharmacie choisie par le patient indiqué ci-dessus ou à une autre pharmacie (le cas échéant) de sorte que le patient ait accès au traitement que j'ai prescrit;
- Je consens à ce que l'administrateur prenne contact avec moi relativement à tout autre renseignement concernant le **programme eXel**[†] qui pourrait permettre d'améliorer la prestation ou la qualité des services offerts par ce programme à mon patient.

† Le **personnel du programme eXel** comprend les employés et les consultants de l'administrateur (Innomar Strategies Inc. et ses sociétés affiliées).

‡ L'**administrateur** est la société Innomar Strategies Inc. et ses sociétés affiliées, qui gèrent le **programme eXel**. On peut les joindre à l'adresse suivante : **Programme eXel**, 3131, boul. de la Côte-Vertu, case postale 34586, Saint-Laurent (Québec) H4R 2P4.

§ Pfizer Canada a mis au point le **programme eXel** pour aider les patients à se procurer XELJANZ/XELJANZ XR et à suivre leur plan de traitement de la polyarthrite rhumatoïde (XELJANZ/XELJANZ XR) et de l'arthrite psoriasique (XELJANZ seulement, car XELJANZ XR n'est pas indiqué pour l'arthrite psoriasique).

Veuillez consulter la monographie de XELJANZ/XELJANZ XR pour connaître les renseignements thérapeutiques complets.

La monographie est fournie sur demande ou vous pouvez la consulter à l'adresse <https://www.pfizer.ca/pm/fr/xeljanz.pdf>



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

M.D. de Pfizer Inc., utilisée sous licence
 © 2019 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H3J 2M5
 XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V.
 Pfizer Canada SRI, licencié
 EXEL, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
 Imprimé au Canada, janvier 2019 PP-XEL-CAN-0332-FR

