

# GLENMARK CANADA APRÉMILAST

FORMULAIRE D'INSCRIPTION, DE CONSENTEMENT DU PATIENT, ET DE PRESCRIPTION

TÉLÉPHONE/TÉLÉCOPIEUR : 1-833-500-0178 Courriel : [glnapremilast@psphelp.ca](mailto:glnapremilast@psphelp.ca)

<b>Prénom</b>	<b>Nom de famille</b>		
<b>Adresse</b>	<b>Ville</b>	<b>Province</b>	<b>Code Postal</b>
<b>Courriel</b>	<b>Cellulaire</b>	<b>Autre # téléphone</b>	<b>Pouvons laisser MV</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Date de naissance (JJ/MMM/AAAA)</b>	<b>Numéro de carte d'assurance maladie (le cas échéant)</b>		

<b>Prénom du prescripteur</b>	<b>Nom de famille du prescripteur</b>	<b>Courriel du prescripteur</b>	
<b>Adresse</b>	<b>Ville</b>	<b>Province</b>	<b>Code Postal</b>
<b>Téléphone</b>		<b>Télécopieur</b>	
<b>Instructions particulières :</b>			
Couverture <b>privée</b> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   Couverture <b>publique</b> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
<b>Autorisation spéciale</b> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   L'AS a-t-elle été soumise? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   Date de soumission :			
<b>Médicalement autorisé à commencer</b> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   <b>Transition requise</b> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

<b>Arthrite psoriasique</b> <input type="checkbox"/> <b>Psoriasis en plaques</b> <input type="checkbox"/> <b>Maladie de Behçet</b> <input type="checkbox"/> <b>Autre</b> <input type="checkbox"/> :		
<b>Trousse de départ d'APRÉMILAST</b> : Prendre tel que prescrit pour 14 jours X 27 comprimés <input type="checkbox"/> :		
<b>Dose d'entretien d'APRÉMILAST</b> : 30 mg PO 2 fois par jour <input type="checkbox"/> :		
<b>Durée</b> : <input type="checkbox"/> 3 mois, <input type="checkbox"/> 6 mois, <input type="checkbox"/> 12 mois, Autre <input type="checkbox"/> :		
<b>Signature du médecin prescripteur :</b>	<b>Nom du médecin prescripteur :</b>	<b>Date (JJ/MMM/AAAA) :</b>

*En signant cette prescription, j'en ai expliqué les risques et bienfaits à mon patient et je me fie à mon jugement médical pour lui prescrire GLN-APRÉMILAST. J'ai aussi pris connaissance de la section Consentement du médecin à l'endos de ce formulaire, que j'accepte, et j'ai obtenu le consentement verbal de la part de mon patient pour que le programme puisse le contacter afin de lui offrir les services de soutien*

<b>Signature du patient :</b>	<b>Nom du patient :</b>	<b>Date (JJ/MMM/AAAA) :</b>
-------------------------------	-------------------------	-----------------------------

En signant ci-dessus, je confirme que je souhaite participer au programme tel que décrit et informé par mon professionnel de la santé traitant et que j'ai lu et comprend entièrement les termes du Consentement du patient à l'endos de ce formulaire. Je consens à la collection, l'utilisation et la divulgation de mon information personnelle, telles que décrites à la page 2.

## CONSETEMENT DU PATIENT

Le Programme de soutien des patients de Glenmark Canada (le « Programme ») est offert par Glenmark Canada (« Glenmark ») aux patients admissibles en guise de soutien pour les patients auxquels on a prescrit de l'aprémilast. Le Programme est administré par Glenmark et son fournisseur de services tiers, SRx Health Solutions (« SRx ») et ses agents et filiales (collectivement, l'« Administrateur du Programme »). Ce formulaire d'inscription et de consentement décrit comment vos renseignements personnels (tels que définis ci-dessous) sont recueillis, utilisés et divulgués par le Programme. Si vous avez des questions, ou si vous souhaitez en savoir davantage sur la façon dont le Programme traite vos renseignements personnels, ou sur comment avoir accès à l'information personnelle qui figure à nos dossiers, n'hésitez pas à communiquer avec nous au moyen des coordonnées fournies ci-dessous.

### Pourquoi nous collectons votre information personnelle

Pour que le Programme puisse vous offrir les Services (tels que définis ci-dessous), le Programme collectera, utilisera et divulguera des renseignements personnels comme votre nom, votre sexe, votre date de naissance, vos coordonnées, les coordonnées d'une personne à contacter en cas d'urgence, vos antécédents médicaux (y compris tout diagnostic médical pertinent, l'information sur votre médication actuelle, vos allergies médicales et vos renseignements pharmaceutiques), ainsi que l'information financière/d'assurance (collectivement « Information personnelle »). Cette Information personnelle peut être fournie par vous-même, ou collectée auprès du médecin qui vous réfère, votre pharmacien, votre compagnie d'assurance ou payeur public ou tout autre professionnel de la santé ou payeur et vous consentez à telle collection par le Programme. Le Programme ne collectera que l'information personnelle nécessaire pour la prestation de Services, en conformité avec nos obligations réglementaires et juridiques. Le Programme, Glenmark et/ou l'administrateur du Programme peuvent se servir de l'information désidentifiée (lorsque l'information personnellement identifiable est supprimée), telle que de l'information concernant vos résultats cliniques, vos caractéristiques démographiques et le nom et les coordonnées de vos professionnels de la santé, comme votre médecin traitant et/ou de l'information personnelle supplémentaire à votre sujet dans un regroupement et/ou votre information combinée avec d'autres renseignements à des fins de recherche et développement et dans le but d'améliorer les produits et services.

### Les services fournis par le Programme (« Services ») peuvent comprendre :

- vous inscrire au Programme, y compris déterminer si les services vous conviennent et si vous y êtes admissible;
- vous offrir des services pharmaceutiques; et/ou
- vous assister dans l'obtention d'une couverture pour votre médication;
- vous fournir de l'information concernant l'état de la maladie.

### Accès et utilisation de l'information personnelle

En nous fournissant votre consentement, vous comprenez que le Programme peut divulguer votre Information personnelle aux membres de votre équipe en soins de santé, aux tierces parties qui nous assistent dans la prestation de Services, et aux autres parties nécessaires pour la prestation de services, comme votre assureur. Si vous nous fournissez votre consentement, on pourrait se servir de courriels ou de messages textes pour vous fournir des Services. Vous reconnaissez que ni le courriel, ni les textos, constituent des moyens de communications sécuritaires.

Le Programme ne vendra pas votre Information personnelle à une tierce partie pour quelque raison que ce soit. Les données contenues dans votre dossier ne seront conservées qu'aussi longtemps qu'il est raisonnablement nécessaire, et ne seront recueillies, utilisées et/ou divulguées que pour les fins décrites dans le cadre de ce formulaire de consentement.

Vous pouvez choisir de retirer votre consentement en tout temps en contactant le Programme au moyen de l'information fournie ci-après. Toutefois, veuillez comprendre que le fait de retirer votre consentement peut faire en sorte que nous ne puissions plus vous offrir de prestations de Services.

Votre information sera conservée en lieux sûrs, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de votre province de résidence (y compris dans d'autres pays, comme les États-Unis), où les lois locales sur la protection des renseignements personnels pourraient différer. Le Programme prendra les précautions raisonnables pour prévenir toute perte, mauvaise utilisation, divulgation ou modification de l'Information personnelle, ainsi que tout accès non autorisé à l'Information personnelle.

### Assurez la précision de votre information

Vous pouvez mettre à jour votre information en nous contactant au moyen des coordonnées fournies ci-après. Assurez la mise à jour de votre information nous assistera dans la prestation de vos Services.

### Obligations en matière de déclarations

Vous comprenez que toute assistance financière qui vous sera accordée par suite de votre inscription dans le Programme peut être considérée comme un revenu déclarable aux payeurs publics ou privés ou aux agences gouvernementales. Vous comprenez que vous êtes le seul responsable d'une telle déclaration, ainsi que pour assurer la conformité avec l'acceptation de toute telle assistance financière.

### Changements au Programme

Le Programme se réserve le droit de changer, modifier ou amender le Programme (y compris en changeant ses Administrateurs de Programme). Sachez que toute information additionnelle concernant les politiques et pratiques en matière de respect de la vie privée est disponible sur demande.

## CONSETEMENT DU MÉDECIN

En signant ci-dessous, je reconnais et j'accepte que : (i) je suis le médecin prescripteur pour ce patient; (ii) la présente constitue une prescription originale, (iii) j'autorise le Programme à faire parvenir la prescription en mon nom à la pharmacie choisie par le patient, (iv) j'ai discuté du Programme avec le patient et soit le patient a signé le formulaire de consentement, soit j'ai obtenu son consentement verbal et (v) je consens à être contacté par le Programme pour des fins d'administration du Programme, y compris pour s'informer de mon expérience dans le but d'améliorer les services. Je comprends que je peux révoquer le présent consentement en contactant le Programme au moyen des coordonnées présentées dans le Consentement du patient.

**PROGRAMME DE SOUTIEN POUR PATIENTS SOUS APRÉMILAST. Télécopiez le formulaire complété au 1-833-500-0178**