

1 Coordonnées du patient

Nom de famille : _____
 Prénom : _____
 Date (JJ-MM-AAAA) : _____ N° de carte d'assurance maladie : _____
 Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : _____ Sexe : H F
 Poids (kg) : _____
 Adresse du domicile : _____
 N° d'appartement : _____ Ville : _____
 Province : _____ Code postal : _____
 Courriel : _____
 N° de cellulaire : _____ Autre numéro : _____
 Meilleur moment pour communiquer avec le patient/parent/tuteur légal :
 Matin Après-midi Soir Autre : _____
 Autorisation de laisser un message (champ requis) : Oui Non
 Autorisation de parler à un parent/tuteur légal : Oui Non
 Nom : _____
 N° de téléphone, si différent de celui du patient : _____
 Endroit préféré pour la formation sur l'injection :
 En ligne Domicile Centre d'excellence Pharmaprix

2 Consentement du patient/tuteur légal

En signant ci-dessous, j'accepte de participer au programme tel qu'il m'a été décrit et tel que j'en ai été informé par mon médecin traitant, et j'ai lu et je comprends complètement les conditions de la déclaration de confidentialité et du consentement du patient/tuteur légal qui figurent au verso du présent formulaire. Si j'appose une signature électronique, je reconnais qu'elle aura le même poids et les mêmes effets qu'une signature manuscrite.

- Consentement verbal obtenu concernant le programme de soutien Rares ensemble auprès du patient identifié ci-dessus.
 Consentement verbal obtenu pour permettre au programme de communiquer avec la pharmacie.

Nom : _____ Date (JJ-MM-AAAA) : _____

Signature du patient : _____

Signature du parent/tuteur légal, si le patient a moins de 18 ans : _____

3 Coordonnées du médecin prescripteur

Nom de famille : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____
 Province : _____ Code postal : _____
 Téléphone : _____
 Poste : _____ Télécopieur : _____
 Membre du personnel infirmier ou personne-ressource de remplacement : _____
 Téléphone : _____ Courriel : _____

Je reconnais que je suis entièrement responsable des soins de mon patient pendant qu'il reçoit le ou les médicaments prescrits.

En fournissant les renseignements demandés ci-dessus, je reconnais avoir lu et compris l'information fournie dans la Déclaration de confidentialité et consentement du médecin, et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels de la façon décrite dans la déclaration.

4 Autres renseignements importants

Peuvent être joints ou envoyés par télécopieur séparément.

5 Renseignements médicaux

Diagnostic : Hémophilie B

Date prévue à laquelle le patient va commencer son traitement par ALPROLIX® : _____

ALLERGIES : Oui Non Si oui, veuillez préciser : _____

Autres problèmes médicaux : _____

Médicaments actuels : _____

Autres renseignements pertinents : _____

Veuillez consulter la monographie de produit d'ALPROLIX® pour tous les renseignements sur l'ordonnance.

6 Ordonnance médicale

Seuls les patients auxquels on a prescrit ALPROLIX® dans une indication approuvée par Santé Canada sont admissibles au programme de soutien Rares ensemble.

ALPROLIX® (Facteur IX de coagulation [recombinant], protéine de fusion Fc) est prescrit pour un patient pédiatrique ou un adulte atteint d'hémophilie B : Oui Non

Dose prophylactique (UI) : _____ Fréquence : _____ Nombre de doses : _____

Dose sur demande (UI) : _____ Fréquence : _____ Nombre de doses : _____

IRRIGATION DU DISPOSITIF D'ACCÈS VEINEUX CENTRAL (DAVC)

Irriguer le DAVC AVANT l'injection avec : _____ Nom de la solution et ml : _____

Irriguer le DAVC APRÈS l'injection avec : _____ Nom de la solution et ml : _____

Autre : _____

Instructions spéciales : _____

Des services d'injection et/ou une formation sur l'injection seront fournis. Ce formulaire agit à titre d'ordonnance médicale pour les services d'injection et/ou la formation sur l'injection; il ne s'agit pas d'une prescription.

Je confirme que le traitement par ALPROLIX® convient au patient susmentionné, conformément à la monographie de produit et aux contre-indications, mises en garde et précautions qui y figurent. Si j'appose une signature électronique, je reconnais qu'elle aura le même poids et les mêmes effets qu'une signature manuscrite.

Signature du médecin

N° de permis

Date (JJ-MM-AAAA)

Signer ici

7 Services aux patients demandés dans le cadre du programme de soutien Rares ensemble

Services de formation pour l'auto-administration offerts par un membre du personnel infirmier à domicile

Autres services

Veuillez préciser (fournis selon la disponibilité) : _____

Déclaration de confidentialité et consentement du médecin

Les renseignements personnels recueillis dans la section *Coordonnées du médecin prescripteur* permettront au programme de soutien Rares ensemble de répondre à ses objectifs et de traiter votre inscription ainsi que celle de vos patients. Vos renseignements personnels seront fournis à l'administrateur du programme et pourraient également l'être à Sanofi Canada, à des fins de compilation de données statistiques sur le programme.

Advenant que vous nous transmettiez des renseignements concernant une expérience indésirable survenue chez l'un de vos patients pendant qu'il recevait un produit de Sanofi Canada, il se peut que les responsables du programme se servent de ces renseignements pour signaler cette expérience indésirable à Santé Canada ou à d'autres organismes de réglementation pertinents. Les responsables du programme pourraient devoir communiquer avec vous pour obtenir des renseignements supplémentaires. Vous comprenez qu'afin de respecter la loi, il est possible que les responsables du programme ne soient pas autorisés à accéder à votre demande visant à modifier ou à retirer les renseignements personnels que vous avez fournis au sujet d'une expérience indésirable survenue pendant l'utilisation d'un produit de Sanofi Canada. Le processus suivi lorsqu'une expérience indésirable est signalée peut faire intervenir Sanofi Canada, ses sociétés affiliées ou des fournisseurs tiers dont les services ont été spécifiquement retenus à cette fin seulement ou être géré par ces derniers. La base de données est seulement accessible aux employés, aux représentants et aux fournisseurs de services autorisés qui ont besoin de connaître les renseignements pour s'acquitter de leurs obligations dans le cadre de la pharmacovigilance. La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements prévus dans cette déclaration peuvent inclure la transmission des renseignements vers des territoires juridiques à l'extérieur de votre pays d'exercice, où les lois et règlements sur les renseignements personnels ne sont pas nécessairement les mêmes. Si vous avez des questions, commentaires ou préoccupations au sujet des pratiques en matière de protection des renseignements personnels, veuillez communiquer avec le programme de soutien Rares ensemble, au 1 833 752-1571 ou à ALPROLIX@bayshore.ca.

Sanofi Canada se réserve le droit, en tout temps et sans préavis, de modifier le programme, y compris ses critères d'admissibilité, ou de mettre fin au programme.

Ce formulaire d'autorisation est valide tant et aussi longtemps que vos patients recevront les services du programme.

Déclaration de confidentialité et consentement du patient/tuteur légal

Le programme de soutien Rares ensemble (le « programme ») est commandité par sanofi-aventis Canada Inc. (« Sanofi Canada »), et est géré par un fournisseur tiers (« fournisseur tiers »). Il a pour objectif de fournir aux patients qui doivent recevoir ALPROLIX[®] (Facteur IX de coagulation [recombinant], protéine de fusion Fc) du soutien à l'égard du traitement. Afin de fournir un tel soutien, nous recueillerons vos renseignements personnels.

De façon générale, par « renseignements personnels », nous voulons dire toute information à votre sujet, comme votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone ou des renseignements sur votre santé (les « renseignements personnels »). Sauf pour satisfaire aux exigences et obligations juridiques auxquelles elle est tenue, qui sont présentées ici, Sanofi Canada n'aura accès à aucun de vos renseignements personnels autrement que sous une forme agrégée et anonymisée.

En acceptant de participer à ce programme, vous acceptez de communiquer au fournisseur tiers et à votre professionnel de la santé vos renseignements personnels. Ces renseignements seront consignés dans la documentation et dans la base de données du programme. Ils seront utilisés pour permettre votre inscription au programme et pour réaliser les objectifs du programme. En lien avec les objectifs du programme, vos renseignements personnels peuvent être divulgués :

- à votre professionnel de la santé pour les besoins de votre inscription au programme et du traitement qui y est associé;
- à des professionnels de la santé pour les besoins liés à votre traitement;
- à des agences tierces pour les besoins d'administration, de production de rapports, de surveillance et d'évaluation du programme et pour le soutien de toute application mobile du programme Rares ensemble

(collectivement les « objectifs »).

Le dossier contenant vos renseignements personnels sera mis à la disposition des employés, des sous-traitants ou des représentants autorisés du fournisseur tiers qui doivent y accéder pour les objectifs cités. Nous n'autorisons pas le fournisseur tiers à recueillir, à utiliser ou à divulguer les renseignements personnels, excepté lorsque cela est nécessaire pour fournir les services en lien avec les objectifs du programme cités, ou pour se conformer aux exigences de la loi. Les renseignements personnels seront principalement conservés dans une base de données électronique protégée.

Vos renseignements personnels seront communiqués à Sanofi Canada dans des rapports décrivant les données et les résultats du programme sous une forme agrégée et anonymisée seulement. Plus particulièrement, les données statistiques liées au programme, y compris celles liées à toute application mobile du programme, seront agrégées et anonymisées, puis communiquées à Sanofi Canada, à des professionnels de la santé et à d'autres tierces parties, le cas échéant. Sanofi Canada peut distribuer ou publier ces données statistiques comme elle l'entend.

Sanofi Canada se réserve le droit de transférer les renseignements personnels associés au programme dans le contexte de la vente ou de la cession de tout ou d'une partie de ses activités commerciales, actifs ou droits en lien avec ledit programme. En cas de vente ou de cession, nous demanderons à ce que le cessionnaire utilise et divulgue les renseignements personnels que vous avez fournis d'une façon qui correspond aux objectifs décrits dans la présente déclaration.

Vous acceptez que le personnel du programme communique avec vous par téléphone, messagerie texte ou courriel, et qu'il y ait échange de renseignements personnels par téléphone, télécopieur ou courriel entre le programme, votre assureur et votre ou vos professionnels de la santé, et ce, dans le but de déterminer votre admissibilité au programme et d'offrir les services liés au programme. Les courriels et les messages textes peuvent être utilisés au cours de votre participation au programme pour vous informer de votre situation relativement au programme et aux services du programme, pour vous envoyer des avis et des rappels et pour obtenir vos commentaires au sujet du programme. Vous reconnaissez que ni les courriels ni les messages textes ne sont des méthodes de communication sûres. Les renseignements que renferment les courriels et les messages textes peuvent éventuellement être accessibles et lus par un tiers. Les communications électroniques relèvent de votre choix, et vous pouvez en tout temps annuler l'option de communication électronique.

Si vous fournissez des renseignements au sujet d'une expérience indésirable survenue pendant l'utilisation de tout produit de Sanofi Canada, nous pouvons utiliser les renseignements que vous avez fournis pour transmettre un rapport à Santé Canada ou à d'autres organismes de réglementation pertinents. Nous pourrions devoir communiquer avec vous ou avec votre professionnel de la santé pour obtenir des renseignements supplémentaires. Vous comprenez qu'afin de respecter la loi, il est possible que nous ne soyons pas autorisés à accéder à votre demande visant à modifier ou à retirer les renseignements personnels que vous avez fournis au sujet d'une expérience indésirable survenue pendant l'utilisation de tout produit de Sanofi Canada. Le processus suivi lorsqu'une expérience indésirable est signalée peut faire intervenir Sanofi Canada, ses sociétés affiliées ou des fournisseurs tiers dont les services ont été spécifiquement retenus à cette fin seulement ou être géré par ces derniers. La base de données est seulement accessible aux employés, aux représentants et aux fournisseurs de services autorisés qui ont besoin de connaître les renseignements pour s'acquitter de leurs obligations dans le cadre de la pharmacovigilance.

La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements prévus dans la présente déclaration peuvent inclure la transmission des renseignements vers des territoires juridiques à l'extérieur de votre pays de résidence, où les lois et règlements sur les renseignements personnels ne sont pas nécessairement les mêmes. Les mesures contractuelles raisonnables que nous pouvons prendre pour protéger les renseignements personnels lorsqu'ils sont traités ou manipulés par ces tiers sont assujetties aux exigences juridiques étrangères applicables. Le fournisseur tiers ne conservera vos renseignements personnels qu'aussi longtemps qu'il sera nécessaire de le faire pour répondre aux objectifs définis.

Vous avez certains droits vous autorisant à accéder à vos renseignements personnels figurant dans le dossier tenu sur vous et à les corriger, et, afin d'exercer ces droits, ou si vous avez des questions, commentaires ou préoccupations, vous pouvez utiliser les coordonnées fournies ci-dessous. Dans l'éventualité où vos renseignements personnels devraient être davantage protégés en vertu de toute loi applicable sur la protection des renseignements personnels, et qu'une telle protection n'est pas prévue dans la présente déclaration, Sanofi Canada s'engage à prendre les mesures qui s'imposent pour donner plein effet à cette protection supplémentaire.

Si vous avez des questions, commentaires ou préoccupations quant à nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, ou si vous souhaitez consulter vos renseignements personnels et les faire corriger, veuillez communiquer avec le programme de soutien Rares ensemble au 1 833 752-1571 ou à ALPROLIX@bayshore.ca.

La participation au programme est entièrement volontaire et vous pouvez y mettre fin, en tout temps et sans devoir fournir de raison, en communiquant avec le programme Rares ensemble. Une fois que vous aurez annulé votre participation, vos renseignements personnels ne seront plus utilisés. Cependant, tout renseignement personnel recueilli avant l'annulation de votre participation pourra être utilisé sous une forme agrégée et anonymisée pour répondre aux objectifs du programme.

Sanofi Canada se réserve le droit, en tout temps et sans préavis, de modifier le programme, y compris ses critères d'admissibilité, ou de mettre fin au programme.

Le présent formulaire d'autorisation est valide tant et aussi longtemps que vous recevrez les services du programme.

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE EN ENTIER ET LE TRANSMETTRE PAR TÉLÉCOPIEUR AU 1 866 417-1945.