

Programme OTEZLA ez Start

Formulaire d'inscription - Arthrite psoriasique

Veillez remplir et télécopier au numéro : 1 844 397-5635

Pour toute question, composez le 1 844 ez-Start (1 844 397-8278) Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom*	
Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj/mm/aa)
Adresse	
Ville	
Province	Code postal
Téléphone à la maison* <input type="checkbox"/> Numéro préféré <input type="checkbox"/> Un message peut être laissé	Cellulaire/autre téléphone <input type="checkbox"/> Numéro préféré <input type="checkbox"/> Un message peut être laissé
Courriel	
Mode de communication préféré <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel	

Je consens à recevoir des messages électroniques de Celgene, de l'Administrateur et du personnel du Programme pour déterminer mon admissibilité au Programme, exécuter les tâches liées au Programme et accéder aux services offerts par le Programme. Les communications par courriel peuvent être envoyées à l'adresse fournie. Je comprends que je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment.

OUI NON

CONSENTEMENT DU PATIENT*

Je confirme avoir pris connaissance de l'intégralité du formulaire de consentement du patient et des modalités de l'entente à l'endos du présent formulaire d'inscription et par la présente, j'accepte ces modalités et accorde mon consentement à la divulgation de mes renseignements médicaux conformément aux modalités décrites dans ce formulaire d'inscription.

Signature du patient ou de son représentant légal/mandataire/tuteur :

Nom en lettres moulées du patient ou de son représentant légal/mandataire/tuteur :

Lien avec le patient si représentant légal/mandataire/tuteur :

Date : _____

IMPORTANT : Si le professionnel de la santé est dans l'impossibilité d'obtenir le consentement écrit du patient, prière d'inscrire le moment où son consentement verbal a été obtenu. Cela permettra au Programme de continuer le traitement de la demande. Un consentement écrit sera obtenu par le Programme.

Consentement verbal obtenu par le professionnel de la santé :

Nom : _____

Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR*

Nom		
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Téléphone	Télécopieur	

Prière d'apposer le tampon du médecin ou d'inscrire ses informations ici

Clinique/hôpital où il est affilié	N° de permis d'exercice
---	--------------------------------

DÉCLARATION QUANT À LA NÉCESSITÉ MÉDICALE

Diagnostic <input type="checkbox"/> Arthrite psoriasique (AP) <input type="checkbox"/> Autre : _____ N ^{bre} d'articulations enflées : _____ Présence de : Dactylite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ténosynovite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Enthésite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Signes radiographiques d'APs ou d'érosion articulaire à l'imagerie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dorsalgie inflammatoire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Score HAQ : _____ Taux de PCR : _____ VSÉ : _____ Autre : _____ HAQ = Questionnaire d'évaluation de la santé; PCR = Protéine C réactive; VSÉ = Vitesse de sédimentation des érythrocytes
Historique du traitement (p. ex., posologie, début du traitement, fin du traitement, raison de l'arrêt, etc.) <input type="checkbox"/> Sulfasalazine : _____ <input type="checkbox"/> Léflunomide : _____ <input type="checkbox"/> Méthotrexate : _____ <input type="checkbox"/> Agents biologiques (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____

ORDONNANCE d'OTEZLA® (APREMILAST)*

Rx pour emballage de départ (ajustement) d'OTEZLA <input type="checkbox"/> Prendre comme indiqué x 14 jours 27 comprimés
<input type="checkbox"/> OTEZLA (apremilast) comprimés de 30 mg PO b.i.d. x 28 jours _____ Renouvellements
Emballage de départ remis au patient au bureau <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
SVP, évaluez le patient pour le programme de transition ez Start <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Directives spéciales

AUTORISATION DU PRESCRIPTEUR*

Je certifie que j'ai prescrit OTEZLA en vertu de mon jugement professionnel quant à la nécessité médicale du traitement et que je superviserai le traitement médical du patient. J'autorise le Programme OTEZLA ez Start/ Celgene et/ou le tiers administrateur en tant qu'agents désignés et au nom de mon patient à (1) acheminer la déclaration quant à la nécessité médicale précitée et à transmettre tout renseignement fourni sur ce formulaire à l'assureur du patient susnommé et (2) à acheminer l'ordonnance ci-haut par télécopieur ou autre mode de communication à la pharmacie choisie par le patient susnommé.

Signature du prescripteur (servir comme prescrit) : _____

Date : _____



ENTENTE ET CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENT MÉDICAUX

Télécopier ce formulaire au numéro 1 844 397-5635

Je donne mon accord et mon consentement à la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements médicaux en vue du Programme d'accès à OTEZLA (le « Programme ») comme suit :

- ◆ La collecte, la conservation, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements médicaux ou des renseignements médicaux de la personne nommée ci-dessus dont je suis le représentant légal/mandataire/tuteur par Celgene Inc., l'Administrateur et mes professionnels de la santé. Des renseignements médicaux sont fournis dans le présent Formulaire d'inscription et dans les dossiers et communications à venir. J'autorise par la présente les professionnels de la santé participant au Programme à fournir à Celgene des renseignements médicaux en mon nom (ou au nom de la personne dont je suis le représentant légal/mandataire/tuteur). Je comprends et accepte que ces renseignements seront utilisés et divulgués pour déterminer mon éventuelle admissibilité et ma participation aux services offerts par le Programme et par le personnel du Programme et pour procéder aux activités prévues au Programme, de même que pour mon traitement et la conformité aux exigences permanentes du Programme en ce qui concerne l'inscription, l'administration, la préparation des rapports, la surveillance et l'évaluation. Je comprends que les renseignements sont recueillis conformément à la Politique de confidentialité de Celgene, accessible à l'adresse : <http://www.celgene.ca/fr/utility/privacy.aspx>.
- ◆ Les représentants du Programme pourraient communiquer avec moi et me laisser des messages au sujet de mes renseignements médicaux ou de tout autre renseignement requis pour la bonne marche du Programme.

Je comprends ce qui suit :

- ◆ Aucun membre du personnel du Programme (i) ne recueillera, utilisera, divulguera ni ne sauvegardera mes renseignements médicaux pour quelque autre activité que celles mentionnées plus haut, ni (ii) ne divulguera mes renseignements médicaux à quiconque à part mes professionnels de la santé, à moins que l'on en ait retiré les éléments permettant de m'identifier (par exemple, mon nom et mon adresse);
- ◆ Je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment en en faisant la demande par la poste ou par télécopieur à l'Administrateur au numéro de télécopieur ci-dessus ou à l'adresse postale ci-dessous, mais le cas échéant, je comprends que dans la mesure où un tel consentement est nécessaire à la prestation des services prévus dans le cadre du Programme, ma participation au Programme pourrait prendre fin et, entre autres choses, je pourrais être dans l'impossibilité d'obtenir de l'aide pour le remboursement d'OTEZLA;

- ◆ À moins que cela ne soit interdit par la loi, je peux obtenir une copie de mes renseignements médicaux et je peux corriger toute erreur et/ou adresser toute question au sujet de la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation de mes renseignements médicaux à l'Administrateur;
- ◆ Tout appel à l'Administrateur ou de sa part au cours de l'administration du Programme peut être surveillé ou enregistré à des fins de contrôle de la qualité et de formation;
- ◆ Mes renseignements médicaux peuvent être recueillis, utilisés, divulgués et/ou conservés à l'extérieur de ma province, de mon territoire ou de mon pays et les lois de ces autres juridictions quant à la protection de la vie privée pourraient être moins strictes que celles du Canada et de ses provinces et que les modalités et conditions de ce formulaire d'inscription et j'ai droit à une copie de ce document.

Administrateur : L'Administrateur est le fournisseur de services de Celgene Inc., Innomar Strategies Inc. et ses affiliés, à l'adresse 3470 Superior Court Oakville, Ontario, Canada, L6L 0C4. Si à un moment ou à un autre et pour quelque raison que ce soit Celgene Inc. nomme un nouveau sous-traitant pour remplacer Innomar comme Administrateur du Programme, je permets par la présente à Innomar de transférer mes dossiers personnels et médicaux à un nouvel Administrateur désigné par Celgene Inc. pour assurer le maintien de ma participation au Programme de façon similaire à ce qui était exigé d'Innomar, comme on le décrit plus haut. Je consens en outre à ce qu'un tiers fournisseur communique avec moi à des fins de surveillance de la qualité, de formation et de vérification des services du Programme.

Renseignements médicaux : Le terme « renseignements médicaux » désigne sans s'y limiter mes renseignements personnels (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, etc.) et médicaux (antécédents médicaux, maladies, traitements).

Professionnels de la santé : Le terme « professionnels de la santé » désigne sans s'y limiter, mes médecins, infirmières, pharmaciens et prestataires des régimes d'assurance santé.

Programme ou OTEZLA ez Start : Les termes « Programme » ou « OTEZLA ez Start » désignent le programme « OTEZLA ez Start » de Celgene Inc. et est offert par Celgene Inc. afin d'aider les patients atteints d'arthrite psoriasique (APs) à obtenir un accès à OTEZLA.

Personnel du Programme ou personnel du programme OTEZLA ez Start : Le terme « personnel du Programme » ou « personnel du programme OTEZLA ez Start » inclut les employés et les consultants de l'Administrateur.



OTEZLA® est une marque déposée de Celgene Corporation.
© 2015 Celgene Corporation.



OTEZLA ez Start
3470 Superior Court
Oakville, Ontario L6L 0C4
Tél. : 1 844 ez-Start (1 844 397-8278)
Télec. : 1 844 397-5635