

Formulaire d'inscription du patient | Psoriasis en plaques


Start

 Programme de soutien
aux patients

TÉLÉCOPIER LE FORMULAIRE AU 1-844-397-5635
**N° d'inscription – demande de transition au
programme ez Start pour OTEZLA : _____**
**RENSEIGNEMENTS SUR
LE PATIENT**

REMARQUE : Les astérisques (*) indiquent les champs obligatoires et les croix (†), les champs obligatoires pour l'évaluation du programme de transition.

Prénom* : _____ **Nom*** : _____ Homme Femme **Date de naissance (aa/mm/jj)** : ____/____/____
Adresse : _____ **Téléphone*** : _____ Possibilité de laisser un message
Ville : _____ **Province** : _____ **Code postal** : _____ **Courriel** : _____
Mode de communication à privilégier : Téléphone Courriel
 Couvert par un régime privé d'assurance maladie†
Nom de l'assureur : _____ Couvert par l'assurance du conjoint ou de la conjointe

Consentement : En fournissant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir, par voie électronique, des mises à jour et des renseignements au sujet de mon inscription au Programme de soutien aux patients ez Start (le « Programme »), provenant d'Innomar Strategies Inc. (« Innomar »), agissant au nom d'Amgen Canada Inc. Je comprends que je peux, à tout moment, retirer mon consentement à recevoir ces communications en avisant Innomar Strategies Inc. par la poste, au 3470 Superior Court, Oakville (Ontario) L6L 0C4, ou par courriel à l'adresse OtezlaEzstart@innomar-strategies.com.

Je consens à ce qu'Innomar, Amgen Canada Inc. ou leurs agents autorisés communiquent avec moi, à l'occasion, pour me proposer de répondre à des sondages confidentiels au sujet du Programme. Je comprends que je peux à tout moment retirer mon consentement à recevoir ces communications en avisant l'administrateur du Programme.

J'AI LU ET COMPRIS LES MODALITÉS DU CONSENTEMENT APPARAISSANT AU VERSO DE CE FORMULAIRE ET JE LES ACCEPTE.
Signature du patient ou du représentant du patient : **X** _____ **Date (aa/mm/jj)** : ____/____/____

Si ce formulaire est signé par un représentant du patient, celui-ci doit indiquer son nom et expliquer à quel titre il est habilité à agir au nom du patient :

CONSENTEMENT VERBAL FACULTATIF : À remplir par le professionnel de la santé (s'il y a lieu). Si le professionnel de la santé n'est pas en mesure d'obtenir le consentement écrit du patient, il doit indiquer la date à laquelle le patient a donné son consentement verbalement. L'administrateur du Programme pourra ainsi poursuivre le traitement de la demande d'inscription en attendant d'obtenir le consentement écrit du patient.

Consentement verbal obtenu par le professionnel de la santé **Nom** : _____ **Date (aa/mm/jj)** : ____/____/____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR*
Nom : _____ **Téléphone** : _____ **Télécopieur** : _____

Adresse : _____

ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME DE TRANSITION

Diagnostic : Psoriasis en plaques† **Traitements antérieurs†** : _____ **Renseignements supplémentaires†** : _____

Paramètres d'évaluation :
 SC† : _____% **OU** PASI† : _____ Autre : _____

Régions touchées† : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE*

Trousse de départ (ajustement posologique) pour OTEZLA **Le patient a reçu une trousse de départ au cabinet** **Traitement d'entretien pour OTEZLA**
 À prendre selon les directives (14 jours, 27 comprimés, 0 renouvellement) Oui Non Prendre 30 mg par voie orale, 2 f.p.j. x 28 jours **Renouvellement(s)** : _____
 Autre : _____ Autre : _____

Directives particulières : _____

AUTORISATION DU PRESCRIPTEUR*

J'autorise Innomar à être mon agent désigné pour faire parvenir, en mon nom, l'ordonnance indiquée ci-dessus par télécopieur ou par tout autre moyen à la pharmacie spécialisée du Programme ou à la pharmacie choisie par le patient susmentionné. Cette ordonnance représente l'ordonnance originale du médicament prescrit. La pharmacie choisie est le seul destinataire prévu et il n'y a pas d'autres destinataires. L'ordonnance originale a été annulée et est conservée en lieu sûr, et elle ne sera transmise à aucun tiers.

Signature du médecin : **X** _____ **Date (aa/mm/jj)** : ____/____/____ **Numéro de permis du médecin** : _____

* Champ obligatoire

† Champ obligatoire pour l'évaluation de l'admissibilité au programme de transition

‡ Par exemple, posologie, début et fin du traitement, motif d'abandon, etc.

PASI : Psoriasis Area and Severity Index (indice d'étendue et de gravité du psoriasis); SC : surface corporelle

Formulaire d'inscription et de consentement au Programme de soutien aux patients ez Start

En signant ce formulaire, je reconnais avoir lu et compris les renseignements présentés ci-dessous et j'accepte qu'Innomar, Amgen et leurs agents et fournisseurs de services autorisés recueillent, utilisent et divulguent mes renseignements personnels, y compris mes renseignements médicaux, tel qu'il est expliqué. Je reconnais également que mon ordonnance sera exécutée et délivrée par une pharmacie spécialisée désignée par le Programme ez Start, à moins d'indications contraires de ma part. Je comprends que je peux choisir une autre pharmacie pour l'exécution et la délivrance de mon ordonnance. J'accepte aussi qu'Innomar, Amgen ou leurs agents autorisés communiquent avec moi à l'occasion pour les raisons susmentionnées.

Le Programme de soutien aux patients ez Start (le « Programme ») est parrainé par Amgen Canada Inc. (« Amgen ») et administré par Innomar, un tiers fournisseur de services, au nom d'Amgen. D'autres fournisseurs de services peuvent être désignés par Amgen à l'occasion pour administrer le Programme. Les renseignements personnels que vous et/ou vos prestataires de soins de santé (dont votre médecin et votre pharmacien), les assureurs ou les payeurs fournissez au Programme, notamment votre nom, vos coordonnées et les renseignements sur votre ordonnance, seront utilisés aux fins de gestion et d'administration du Programme, y compris pour la fourniture des services prévus au Programme tels que l'aide au remboursement, l'administration du médicament, la formation sur le traitement, la délivrance du médicament et la fourniture de renseignements au sujet du Programme.

En vertu de ses obligations légales, Amgen est tenue de signaler les effets indésirables des médicaments aux diverses autorités locales et internationales en matière de santé et d'assurer un suivi des plaintes concernant les produits. Les renseignements personnels fournis dans le cadre du Programme peuvent (i) faire l'objet d'un suivi par Amgen ou ses fournisseurs de services en ce qui a trait aux données sur l'innocuité et aux plaintes en raison des obligations légales en matière de déclaration, et (ii) être communiqués aux autorités locales ou internationales en matière de santé. Amgen peut communiquer avec vous ou votre médecin pour obtenir des renseignements supplémentaires afin de s'acquitter de ses obligations en matière de déclaration. Vos renseignements personnels pourraient être associés aux données d'autres participants au Programme afin de produire des données agrégées ne contenant aucun renseignement permettant d'identifier l'utilisateur (« données agrégées »). Les données agrégées peuvent être utilisées par Amgen et ses fournisseurs de services afin d'améliorer et/ou de parfaire le Programme, d'élaborer et de mettre en œuvre d'autres programmes destinés aux patients et aux fins de recherche, notamment pour réaliser des études et des analyses économiques en santé, et dégager les tendances relativement à l'utilisation des produits, à l'observance ou aux résultats.

À ces seules fins, Innomar peut recueillir vos renseignements personnels et les communiquer en toute confidentialité à vos professionnels de la santé, à vos assureurs et/ou autres payeurs, à Amgen et/ou à ses agents et fournisseurs de services (p. ex., ses fournisseurs de technologies de l'information). Si, à l'occasion, un autre fournisseur de services est désigné par Amgen pour administrer le Programme ou offrir des services prévus au Programme, vos renseignements personnels seront communiqués à ce fournisseur de services afin d'assurer la prestation continue des services du Programme. Veuillez prendre note qu'Amgen et ses fournisseurs de services peuvent conserver ou traiter vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada (notamment aux États-Unis), où ils peuvent être légalement tenus de les communiquer aux autorités gouvernementales dans des circonstances différentes de celles qui s'appliquent au Canada. De plus, vos renseignements personnels peuvent être utilisés ou divulgués à des tiers lorsque les dispositions légales, les ordonnances de cour ou les règlements gouvernementaux (collectivement appelés « dispositions légales en vigueur ») le permettent ou l'exigent.

Nous ne conserverons vos renseignements personnels que le temps nécessaire pour les fins auxquelles ils ont été recueillis et pour nous conformer aux dispositions légales en vigueur. Les normes de protection de l'industrie seront mises en place afin de protéger les renseignements personnels en notre possession. Vous pouvez communiquer en tout temps avec le responsable de la protection des renseignements personnels du Programme pour accéder à vos renseignements personnels ou les mettre à jour, modifier ou révoquer votre consentement (en tout ou en partie), faire part d'une inquiétude concernant la confidentialité de vos renseignements ou vous renseigner sur les pratiques en matière de protection des renseignements personnels adoptées dans le cadre du Programme (y compris celles liées au traitement des renseignements à l'étranger). Vous pouvez joindre le responsable de la protection des renseignements personnels par courriel à l'adresse privacycanada@amgen.com ou par la poste à l'adresse Amgen Canada Inc., à l'attention du responsable de la protection des renseignements personnels, 6775 Financial Drive, bureau 100, Mississauga (Ontario) L5N 0A4. Veuillez noter que toute modification ou révocation de votre consentement peut limiter votre capacité à recevoir les services du Programme.

Le présent document peut contenir des renseignements personnels et confidentiels; il est destiné exclusivement à la personne ou aux personnes dont le nom figure au verso. Si vous n'êtes pas le destinataire du document, il vous est interdit de l'utiliser, de le divulguer ou de le copier. Si vous avez reçu ce document par erreur, veuillez en aviser l'expéditeur immédiatement et détruire le document. Nous vous remercions de votre aide et de votre collaboration.



Otezla® et ez Start^{MC} sont des marques de commerce détenues ou utilisées sous licence par Amgen Inc., ses filiales ou ses sociétés affiliées.
© 2020 Amgen Canada Inc. Tous droits réservés.

