

Formulaire d'inscription

Faire parvenir le formulaire dûment rempli par télécopieur au **1-833-876-3080**
Ou par courriel à headstartGO@supportprogram.com
Numéro sans frais : **1-833-773-4746**

REPLIR LES DEUX PAGES

EFFACER LE FORMULAIRE

Information sur le patient

Nom de famille :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Peut-on laisser un message?

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Courriel :

Langue de choix :

Anglais Français

Autre :

Numéro de carte d'assurance-santé provinciale :

Information sur le diagnostic

Confirmation du diagnostic du patient

Psoriasis pustuleux généralisé

** Communiquez avec l'administrateur du programme si le diagnostic est différent.*

SPEVIGO[®] (spésolimab pour injection) est indiqué pour le traitement des poussées de psoriasis pustuleux généralisé (PPG) chez les patients adultes.

Exigence d'inscription

Utilisation immédiate

Le patient présente une poussée confirmée. Tous les tests sanguins et autres paramètres cliniques visant à déterminer l'admissibilité à l'administration sécuritaire du médicament ont été évalués; par conséquent, j'autorise la perfusion de SPEVIGO[®] au moment de l'inscription.

Confirmation de la poussée :

Date (jj/mm/aaaa) :

Reportez la perfusion de SPEVIGO[®] jusqu'à la confirmation de la poussée et l'autorisation médicale d'un médecin

Information sur le cabinet

Nom du médecin prescripteur :

Numéro de permis d'exercice :

Adresse du cabinet :

Numéro de téléphone du cabinet :

Numéro de télécopieur du cabinet :

Courriel :

Méthode de contact préférée :

Téléphone Télécopieur Courriel

Contact au cabinet (si autre que le médecin) :

Information sur la perfusion

Le patient souhaite obtenir de l'information sur les options de perfusion à domicile. Si ce n'est pas possible, le patient devra se rendre à la clinique InViva ou la clinique hospitalière la plus proche pour recevoir la perfusion.

Oui Non

Remarques :

Test de dépistage de la TB requis :

Oui Non

Test de l'interféron-gamma requis :

Oui Non

SUITE DU FORMULAIRE
À LA PAGE 2 ↪

Information sur l'ordonnance et consentement du médecin

SPEVIGO® (spésolimab)

Dose : 900 mg par perfusion intraveineuse

Quantité : 2 fioles de 450 mg/7,5 mL Renouvellements :

J'ai lu les sections du consentement du médecin et du patient de ce formulaire et je confirme ce qui suit : (1) J'accepte que mon patient soit inscrit au programme BonDépartGo[™] (« Programme »); (2) j'ai prescrit SPEVIGO® (spésolimab) conformément à la monographie du produit; et (3) j'ai obtenu le consentement explicite du patient pour fournir l'information dans ce formulaire et toute autre information pertinente à la prestation des services dans le cadre du Programme. J'accepte que le Programme soit mon agent désigné pour transmettre cette ordonnance par télécopieur ou autre méthode de livraison à la pharmacie choisie par la personne susmentionnée. Cette ordonnance représente l'ordonnance originale. La pharmacie indiquée est le seul destinataire visé. L'ordonnance originale a été invalidée et archivée en toute sécurité et ne sera pas transmise ultérieurement.

X

Autorisation du médecin

Consentement du patient

Qu'est-ce que le programme BonDépartGo[™]?

BonDépartGo[™] est un programme d'aide aux patients (« Programme ») offert par Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée et/ou ses filiales (collectivement « le commanditaire », « nous », « notre », « nos ») aux patients canadiens ayant reçu une ordonnance de SPEVIGO®. Les services du Programme peuvent comprendre des informations sur la santé/les produits, une aide au remboursement (assurance) ou des services liés au traitement tels que l'aide à la perfusion, la surveillance des manifestations indésirables et l'administration de médicament (« services »).

Le Programme est administré par un fournisseur tiers (« administrateur du programme ») : ses employés et/ou agents traitent vos renseignements personnels conformément aux lois sur la protection de la vie privée et aux normes de protection de la vie privée et des données du commanditaire. Vous serez avisé en cas de changement d'administrateur du programme, y compris dans le cas d'une administration par le commanditaire, et vos renseignements personnels continueront d'être protégés par des mesures de sécurité équivalentes.

Votre participation au Programme est volontaire. Si vous décidez de ne pas y participer, cette décision n'aura aucun impact sur votre traitement médical ni sur votre admissibilité à un remboursement. Toutefois, si vous ne participez pas au Programme vous ne pourrez pas recevoir d'aide ni de services dans le cadre du Programme. Le Programme ne vise pas à fournir des conseils médicaux ou des diagnostics médicaux. Vous acceptez de demander l'avis de votre médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié si vous avez des préoccupations en matière de santé, et de ne pas ignorer un avis médical professionnel fondé sur des informations obtenues dans le cadre du Programme. Le commanditaire se réserve le droit de modifier ou de mettre fin au programme à tout moment et sans préavis. En particulier, les services du Programme liés à des produits offerts pour un usage compassionnel sont susceptibles d'être modifiés en fonction de facteurs externes et peuvent être disponibles pour une durée limitée.

Pourquoi les renseignements personnels sont-ils obtenus, à quelles fins et avec qui peuvent-ils être partagés?

Des renseignements, tels que votre nom, votre date de naissance, vos coordonnées, vos informations pharmaceutiques/médicales et d'assurance/financières (collectivement « renseignements personnels ») sont obtenus pour communiquer avec vous, vous fournir les services du Programme, vérifier ou contrôler le Programme et effectuer certaines activités requises ou autorisées par la loi, y compris pour traiter et signaler les manifestations indésirables (« MI »). Nous pourrions utiliser les coordonnées que vous nous avez fournies pour communiquer avec vous par courriel, par téléphone ou par tout autre moyen. Seul le personnel concerné aura accès à vos renseignements personnels.

Vos renseignements personnels peuvent être recueillis auprès de professionnels de la santé, de compagnies d'assurance ou d'autres tiers, et leur être communiqués, si cela est nécessaire pour l'administration du Programme et des services.

J'accepte que mes renseignements, y compris mes renseignements personnels, soient utilisés par le commanditaire ou son agent pour des raisons liées à l'amélioration, au suivi et à la vérification de ses programmes, à des fins commerciales ou d'études de marché, ou dans le cadre de ce qui est autrement autorisé par la loi. Les détails sur la manière dont mon dossier sera conservé et sur la manière d'accéder à mes renseignements ou de les corriger sont indiqués dans la section « Consentement du patient » ci-dessous.

Je reconnais que des manifestations indésirables peuvent être signalées au sujet de mes patients participant au Programme et je comprends que le commanditaire ou ses agents peuvent communiquer avec moi pour obtenir des informations de suivi. Étant donné que les rapports de manifestations indésirables peuvent devoir être traités au Canada et à l'étranger et transmis aux autorités réglementaires canadiennes et étrangères, je comprends que mes renseignements peuvent être conservés ou traités à l'étranger. J'ai discuté du Programme avec le patient qui souhaite s'inscrire et qui a accepté que je communique ses renseignements personnels au personnel du Programme à des fins de contact avec le patient et de confirmation de l'inscription.

Date (jj/mm/aaaa) :

Vos renseignements personnels peuvent également être recueillis par une clinique ou un hôpital associé au Programme, pour l'administration de SPEVIGO® (« clinique »), si vous choisissez de recevoir SPEVIGO® à cette clinique. Vos renseignements personnels seront recueillis par la clinique et utilisés uniquement à des fins liées à votre participation au Programme et pourront être partagés avec l'administrateur du Programme et le commanditaire aux fins d'administration du Programme, ainsi qu'avec d'autres professionnels de la santé participant à vos soins, uniquement en conformité avec les divulgations autorisées décrites dans le présent formulaire.

Nos fournisseurs tiers sont contractuellement tenus de respecter des exigences strictes en matière de protection et de sécurité des données.

Dans le cas du traitement des MI et de la présentation de rapports aux autorités réglementaires, en cas de contrôle ou de vérification, ou si la loi l'exige et/ou l'autorise, il se peut que les employés ou les agents du commanditaire aient accès à vos renseignements personnels.

L'administrateur du Programme ou les agents du commanditaire pourront dépersonnaliser, agréger (combinaison de données) et/ou rendre anonymes vos renseignements personnels pour effectuer des analyses à des fins commerciales, de recherche ou de publication, ou pour améliorer le Programme. Vos renseignements personnels pourraient être conservés ou traités à l'extérieur du Canada, y compris pour le traitement des MI et les exigences en matière de rapports. Le cas échéant, le commanditaire et l'administrateur du Programme veillent à ce que vos renseignements personnels soient protégés. Vos renseignements personnels peuvent être soumis aux lois de territoires de compétence étrangers, dont le niveau de protection peut être différent de celui de votre pays de résidence.

Que se passe-t-il si je me retire du Programme?

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en communiquant avec le Programme au 1-833-773-4746. Le retrait de votre consentement entraînera la fin de votre participation au Programme et à ses services. Aucun nouveau renseignement personnel ne sera obtenu; le fichier contenant vos renseignements personnels sera conservé pendant la durée du Programme à des fins de contrôle et de réglementation; les données dépersonnalisées, agrégées ou rendues anonymes pourront continuer à être utilisées tel qu'il est décrit ci-dessus.

Vous pouvez demander de consulter ou de corriger votre dossier en communiquant avec le responsable de la protection de la vie privée de l'administrateur du Programme à l'adresse suivante compliance@mckesson.ca. Vous pouvez consulter la politique relative à la vie privée de l'administrateur du Programme à <https://www.mckesson.ca/> et celle du commanditaire à <https://www.boehringer-ingelheim.ca/fr/politique-relative-la-vie-priv-e>.

PRIÈRE DE LIRE ET DE COMPRENDRE LE CONSENTEMENT DU PATIENT AINSI QUE L'INFORMATION LIÉE À LA VIE PRIVÉE.

- J'ai lu et compris le texte de consentement du patient et j'accepte la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels conformément à ces conditions.
- J'accepte que le commanditaire et des organisations de patients communiquent avec moi à des fins d'étude de marché et de sondage de patients pour améliorer le programme d'aide et obtenir de l'information sur mon expérience en tant que patient.
- J'accepte qu'on communique avec moi au sujet de mon intérêt à participer à des études sur des preuves concrètes.

X

Signature du patient

Date (jj/mm/aaaa) :

IMPORTANT : S'il n'est pas possible d'obtenir le consentement écrit du patient/représentant légal, prière de consigner l'obtention du consentement verbal pour que l'inscription au programme d'aide aux patients BonDépartGo[™] puisse être traitée. L'administrateur du Programme remettra une copie de ce formulaire au patient.

Consentement verbal obtenu du : Patient Représentant légal

Consentement verbal obtenu par :

Signature : X

Nom du représentant légal :

Lien avec le patient :

Date (jj/mm/aaaa) :

Prière de consulter la monographie du produit à www.boehringer-ingelheim.ca/sites/ca/files/documents/spevigopmfr.pdf pour les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les manifestations indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'usage clinique.