

Formulaire du Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité (PAPOI) de Ferring

Ferring Inc. a mis sur pied le Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité pour les patients ayant besoin d'un soutien financier en raison d'un diagnostic de cancer.

Les produits de Ferring suivants sont offerts dans le cadre du PAPOI : Menopur

Gonadotrophine chorionique (hCG)

Repronex

Pour que vous puissiez être admissible, vous et votre médecin devez d'abord remplir et soumettre le formulaire de demande ci-dessous. Il est important de fournir tous les renseignements demandés afin d'éviter le retard dans le traitement de votre demande. Nous avons joint une liste au bas de cette page pour vous guider à chaque étape.

La présentation d'un formulaire de demande ne garantit pas l'inscription au Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité. Veuillez compter 48 heures pour l'examen et la notification de l'approbation ou le refus. Après ce délai, vous recevrez la confirmation des produits qui seront fournis avec leur quantité. Un avis vous sera envoyé par courriel ou par la poste. Le produit sera envoyé au cabinet du médecin, qui le recevra dans les 5 jours ouvrables. Veuillez utiliser la liste ci-dessous pour vous assurer que votre demande est complète.

Liste de vérification de la demande

MÉDECIN

- Remplir tous les champs de la section 1 et 2.
- Signer et dater le formulaire de demande
(pas de sceaux, seules les signatures originales sont acceptées).

PATIENT

- Fournissez vos renseignements personnels à la section 3 et à la section 4.
- Veuillez lire et signer le consentement à la section 5.

Quand le formulaire est rempli (les deux listes ci-dessus), envoyez-nous votre formulaire par la poste, par télécopieur ou par courriel.

N'OUBLIEZ PAS : l'information incomplète ou inexacte peut causer des retards dans le traitement. Par conséquent, veuillez vous assurer que tous les renseignements nécessaires sont fournis, qu'ils sont exacts et que toutes les signatures sont incluses.

Par courrier :

Formulaire du Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité de Ferring
200, boulevard Yorkland
Bureau 500
Toronto (Ontario) M2J 5C1
À l'attention du : Coordonnateur du Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité

Par télécopieur :

416-642-1656

Par courriel :

pap@ferring.com

LES SECTIONS 1 ET 2 SONT À REMPLIR PAR LE MÉDECIN (veuillez écrire lisiblement)

SECTION 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom **Nom** **Date de naissance (JJ/MM/AAAA)**

DÉTAILS DU TRAITEMENT

Est-ce que le Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité de FERRING a été demandé auparavant pour ce patient?

Oui Non

Diagnostic : _____

Nom de l'oncologue traitant : _____

Nom du produit : _____ Concentration : _____

Dose quotidienne : _____ Nombre de jours : _____

Nom du produit : _____ Concentration : _____

Dose quotidienne : _____ Nombre de jours : _____

SECTION 2 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN ET CONSENTEMENT

Prénom **Nom**

Courriel

Adresse

Ville **Province** **Code postal**

Téléphone **Télécopieur** **Numéro de permis**

CONSENTEMENT DU MÉDECIN

En signant ce document, je consens à la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels par les employés de Ferring aux fins de comptabilité, d'admissibilité et de traitement, et de toute autre utilisation, comme la conservation et la communication, dans le cadre du Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité, y compris la conservation de ces renseignements aussi longtemps que le patient concerné participe à un tel programme et pour une période raisonnable par la suite. Je consens à la divulgation de mes renseignements à un tiers en vue de la vérification de cette information. Pour obtenir plus d'information sur la vie privée, veuillez consulter www.Ferring.ca.

Je comprends que le Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité relatif à cette demande est rendu possible par Ferring Inc. Le médicament fourni ne sera utilisé que selon le mode d'emploi approuvé par Ferring et (ou) Santé Canada (p. ex. indication approuvée, dose, contre-indications, schéma posologique). La confirmation du diagnostic de cancer du patient sera conservée dans un dossier et sera divulguée à Ferring Inc., au besoin, notamment en vue de fournir le produit pharmaceutique dans le cadre de ce programme.

Je comprends que Ferring Inc. se réserve le droit de déterminer la quantité de produit fourni et peut mettre fin à ce programme à tout moment et à sa seule discrétion. Le nombre maximal de mois pendant lesquels le traitement est fourni correspond à 1 cycle d'infertilité. Si le traitement est demandé au-delà de cette période, on doit soumettre une nouvelle demande en faisant référence à la demande initiale; cette nouvelle demande fera l'objet d'une évaluation indépendante.

Je comprends que tout produit fourni par Ferring dans le cadre de ce programme sera délivré seulement aux patients mentionnés sur ce formulaire, et ce gratuitement. Le produit est fourni à la demande du patient qui a reçu un diagnostic de cancer. Les patients qui demandent de l'aide sans avoir reçu un diagnostic de cancer ne sont pas admissibles à ce programme. Les professionnels de la santé ont la responsabilité, au minimum, de signaler les événements indésirables graves au service Information médicale et pharmacovigilance de Ferring Inc., au 1-866-384-1314 ou à Santé Canada, au 1-866-234-2345, ou en ligne au www.santecanada.gc.ca/medeffet.

Signature du médecin _____ Date _____

(Signature originale – pas de sceau)

LES SECTIONS 3 À 5 SONT À REMPLIR PAR LE PATIENT OU LE TUTEUR LÉGAL
(veuillez écrire lisiblement et en lettres moulées)

SECTION 3**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU PATIENT**_____
Prénom_____
Nom_____
Courriel_____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)_____
Adresse_____
Ville_____
Province_____
Code postal_____
Téléphone_____
Courriel_____
Nom du contact (s'il diffère du patient)_____
Lien avec le patient**SECTION 4****RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT OU PARENT/REPRÉSENTANT LÉGAL****Avez-vous une assurance privée pour le produit demandé?** Oui Non **SECTION 5****CONSENTEMENT DU PATIENT**

En signant ce document, je consens à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels et (ou) médicaux me concernant par Ferring Inc. aux fins de la comptabilité, l'admissibilité et le traitement, et de toute autre utilisation, comme la conservation et la communication, dans le cadre du Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité, y compris la conservation de ces renseignements aussi longtemps que je participe à un tel programme et pour une période raisonnable par la suite. Je consens à la divulgation de mes renseignements personnels et (ou) médicaux à des tiers si c'est nécessaire pour mettre en œuvre le programme. Je comprends que Ferring Inc. se réserve le droit de déterminer la quantité de produit fourni et peut mettre fin à ce programme à tout moment et à sa seule discrétion.

Prénom et nom du patient (en lettres moulées)_____
Signature du patient ou du demandeur

(s'il diffère du patient) _____ Date : _____

Nom du demandeur/représentant légal (s'il diffère du patient)