



PROGRAMME D'AIDE AUX PATIENTS FIRMAGON®+ FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Ce formulaire d'inscription constitue votre ordonnance de Firmagon® (degarelix). Une fois rempli et signé, envoyez-le au programme d'aide aux patients Firmagon®+ administré par le Programme de Soutien aux Patients NavieGo, par Télécopieur: **1-866-963-6488**.
Pour plus d'information ou des questions, communiquez avec le programme par téléphone au 1-866-287-6488 ou par courriel info@firmagonplus.ca.

ORDONNANCE de FIRMAGON®

Instructions: 240 mg par voie sous-cutanée, puis 80 mg par voie sous-cutanée une fois par mois.

Mois de traitement (#)

La dose initiale a été administrée le : (ne pas délivrer la dose initiale de nouveau)
jj/mm/aaaa

Administrer mensuellement

Pas de renouvellements supplémentaires

Commentaires :

J'ai vérifié que le patient désigné ci-dessous respecte les critères thérapeutiques suivants.

Firmagon® (degarelix) est un antagoniste (inhibiteur) du récepteur de la gonadolibérine (GnRH); son utilisation est indiquée pour la suppression de la testostérone chez les patients atteints d'un cancer avancé et hormono-dépendant de la prostate pour qui un traitement antiandrogène est indiqué.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom Nom de famille

Date de naissance (jj/mm/aaaa) Préférence linguistique
 Anglais Français

Adresse

Ville Province Code postal

Téléphone Cellulaire Courriel

Moyen de communication préférée: Téléphone Cellulaire Courriel

Laisser un message vocal? O N

Nom de contact d'urgence Numéro de téléphone d'urgence

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

(section à remplir par le médecin)

Prénom Nom de famille

Permis Préférence linguistique
 Anglais Français

Adresse

Ville Province Code postal

Téléphone Télécopieur Courriel

Moyen de communication préférée:
 Téléphone Télécopieur Courriel

VEUILLEZ COCHER LES CHOIX SUIVANTS (si nécessaire)

Services de Remboursement Requis :

Seulement les Services D'injections :

AUTORISATION DU PATIENT

Signature du patient ou du représentant légal (obligatoire) Nom du représentant légal

Date (jj/mm/aaaa) Relation avec le patient

AUTORISATION DU MÉDECIN

Signature du médecin (obligatoire) Date (jj/mm/aaaa)

J'atteste que ce document constitue l'ordonnance originale et que la pharmacie choisie par le patient en est la seule destinataire. L'ordonnance originale sera rendue invalide en la marquant de sorte qu'elle ne puisse pas être délivrée de nouveau.

En signant ce formulaire, j'accepte d'avoir lu et compris les modalités apparaissant au verso, et je consens à celles-ci.



PROGRAMME D'AIDE AUX PATIENTS FIRMAGON®+ FORMULAIRE D'INSCRIPTION

MODALITÉS S'APPLIQUANT AU MÉDECIN

Je, le médecin du patient identifié sur ce formulaire comprend les services offerts par le Programme de Soutien aux Patients Firmagon® +, appelé ci-après le «Programme».

Je déclare ce qui suit: i) j'ai rencontré le patient et discuté du Programme avec lui; ii) le patient comprend en quoi consiste le Programme; iii) le patient souhaite s'inscrire au Programme; iv) le patient a accepté que je remplisse le formulaire, ce qui comprend l'ajout de renseignements personnels le concernant, et que je le transmette à l'administrateur du Programme de Soutien aux Patients NavieGo et à ses sociétés affiliées (ci-après appelés « NavieGo ») aux fins de l'inscription au Programme; et v) le patient accepte d'être contacté par NavieGo pour entreprendre son inscription au Programme. J'atteste que l'état du patient correspond aux indications énumérées dans la monographie actuelle de Firmagon® (degarelix) et que la dose est appropriée selon mon jugement clinique. Je comprends que je peux être contacté par NavieGo conformément aux dispositions de la section « Renseignements sur le médecin » ci-dessus afin de fournir des renseignements pertinents relatifs aux services offerts au patient.

J'accepte également d'être contacté par NavieGo conformément aux dispositions de la section « renseignements sur le médecin » ci-dessus afin de fournir des renseignements sur mon expérience quant au Programme aux fins d'amélioration des services. Je comprends que je peux révoquer ce consentement à tout moment en envoyant une demande signée à NavieGo par la poste au 1-1393 North Service Rd East, Oakville (Ontario) L6H 1A7, par télécopieur au 1-866-963-6488, ou par courriel à l'adresse info@firmagonplus.ca. Je consens à l'utilisation et à la transmission de mon nom, mon numéro de permis et mes coordonnées aux payeurs publics appropriés afin d'orienter le patient vers le Programme public, le cas échéant. Je consens également à la divulgation des documents cliniques appropriés aux contrôleurs et vérificateurs engagés par Ferring (le fabricant de Firmagon®) à des fins de vérification, dans la mesure où une telle divulgation est conforme aux modalités. Je consens à la divulgation de mon numéro de permis et de mes coordonnées à Ferring aux fins d'établissement de rapports, notamment en matière de recherche et de développement, et de données relatives aux ventes. Je comprends que si le patient répond aux critères fixés pour continuer à participer au Programme, une nouvelle ordonnance sera requise. Je comprends que si le patient continue à participer au Programme, ce consentement s'étend à toute la durée de la participation du patient au Programme. Je comprends que Ferring se réserve le droit de résilier, de modifier ou de transférer le Programme à un tiers à tout moment, pour quelque raison que ce soit.

MODALITÉS S'APPLIQUANT AU PATIENT

Je comprends que le Programme d'Aide aux Patients Firmagon® +, appelé ci-après le « Programme » vise à offrir aux patients des services de soutien confidentiels, sans frais, conçus pour les patients à qui on a prescrit Firmagon® (degarelix). Je me verrai offrir, en fonction de mon admissibilité ou de mes besoins, des services d'aide au remboursement de livraison en pharmacie et en clinique. Je comprends que ce consentement concerne toutes les modalités indiquées à l'égard du traitement initial que je vais recevoir, et si mon médecin recommande d'autres traitements, mon consentement s'étend à ma participation continue au Programme.

J'ai eu l'occasion de discuter du Programme avec mon professionnel de la santé (c.-à-d. médecin ou infirmière) et je comprends que la participation au Programme est volontaire. Je consens à ce que mon professionnel de la santé et mon assureur de soins médicaux fournissent des éléments de mes renseignements personnels (qui peuvent comprendre mon nom, mon adresse, mon adresse de courriel et mon numéro de téléphone, mes renseignements financiers ainsi que des renseignements médicaux personnels de nature délicate, y compris mes antécédents médicaux, mon état de santé et d'autres renseignements médicaux, des renseignements sur mon assurance maladie ainsi que tous les renseignements inclus dans ce formulaire) à l'administrateur du Programme de Soutien aux Patients NavieGo et ses sociétés affiliées (ci-après appelés « NavieGo ») par tout moyen de communication (y compris par courriel, par télécopieur ou oralement par téléphone) comme cela peut être nécessaire afin d'évaluer mon admissibilité à la prestation des services offerts dans le cadre du programme ou aux fins d'administration du Programme. J'autorise aussi mon professionnel de la santé à fournir à NavieGo ce formulaire dûment rempli.

Je comprends et accepte que, au moment de communiquer avec moi ou de fournir les services, selon le cas, NavieGo me demandera de m'identifier en me posant des questions aux fins d'authentification. Je comprends que NavieGo peut, à cette fin, demander mon nom complet, ma date de naissance, mon adresse de courriel, mon adresse complète (y compris le code postal) ainsi que mon numéro de téléphone. Je comprends que lors de l'exercice de ces activités et comme le requiert la gestion de mon dossier dans le cadre du programme, mes renseignements personnels peuvent aussi être échangés entre mon professionnel de la santé, mon assureur de soins médicaux, le personnel infirmier, les médecins et les pharmaciens. Je comprends que NavieGo est responsable de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation de mes renseignements personnels recueillis aux fins du programme, comme cela est décrit dans ce formulaire. Je comprends que Ferring peut recevoir des données agrégées ou anonymisées à l'égard du programme, mais qu'elle ne recevra pas mes renseignements personnels sauf, au besoin, dans les situations particulières suivantes: i) si un formulaire de plainte est rempli par un patient ou un médecin; ii) si un professionnel de la santé formule une demande spéciale qui nécessiterait une autorisation préalable de la part de Ferring; iii) si un professionnel de la santé reçoit des instructions particulières quant à un formulaire d'inscription qui imposeraient que Ferring participe au traitement de la demande; ou iv) dans le cas d'un effet indésirable, conformément à la loi, afin de permettre à Ferring d'effectuer un suivi auprès de mon professionnel de la santé.

Je comprends que le ou les fichiers contenant mes renseignements personnels seront conservés au bureau de NavieGo situé au 1-1393 North Service Rd. East, Oakville (Ontario) L6H 1A7. Je comprends que NavieGo recueillera, utilisera, divulguera et protégera mes renseignements personnels de la façon décrite dans le présent formulaire et conformément à sa politique de confidentialité, laquelle peut être consultée à l'adresse <https://bioscript.ca/fr/politique-de-confidentialite>. Je comprends également que les employés autorisés, les mandataires et les représentants de NavieGo auront accès à mes renseignements personnels dans la mesure nécessaire pour administrer le programme. Je comprends que mes renseignements personnels ne seront pas utilisés par NavieGo à des fins autres que l'administration du Programme.

Je peux demander l'accès à mes renseignements personnels, ou la correction de ceux-ci, ainsi que toute autre information ou aide dans le cadre du programme en communiquant avec NavieGo par écrit à l'adresse suivante: 1-1393 North Service Rd. East, Oakville (Ontario) L6H 1A7, Télécopieur: 1-866-963-6488 ou Courriel: info@firmagonplus.ca.

Je peux révoquer mon consentement à participer au programme à tout moment en faisant parvenir une demande signée à mon professionnel de la santé, à mon ou mes assureurs de soins médicaux ou à NavieGo par courrier au 1-1393 North Service Rd East, Oakville (Ontario) L6H 1A7, par télécopieur au 1-866-963-6488, ou par courriel à l'adresse info@firmagonplus.ca. Cependant, je comprends que si je retire mon consentement, un tel retrait n'aura aucun effet rétroactif (il prendra effet à compter de la date de réception de mon avis de retrait). Je comprends également que si je retire mon consentement, je ne serai pas en mesure de bénéficier des services fournis par NavieGo, notamment l'aide financière et le remboursement. Les renseignements personnels déjà communiqués seront conservés par NavieGo afin de documenter la gestion des services fournis à ce stade jusqu'à ce que lesdits renseignements ne soient plus nécessaires à ces fins. Le retrait de mon consentement aura pour conséquence la cessation de mon inscription au Programme.

Je comprends que Ferring réserve le droit de résilier, de modifier ou de transférer le Programme à tout moment, pour quelque raison que ce soit. J'ai lu les modalités du Programme ci-dessus (désignées aux présentes les « modalités »), et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels, y compris mes renseignements médicaux personnels de nature délicate, conformément aux modalités. Je comprends les services offerts dans le cadre du programme ainsi que mes droits énoncés dans les modalités, et je suis conscient que je peux obtenir une copie du présent document.