

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS FIRMAGON®+ FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Une fois rempli et signé, envoyez-le au Programme de soutien aux patients Firmagon®+ par télécopieur : **1-866-963-6488**
Pour plus d'information ou des questions, veuillez contacter le Programme par téléphone au 1-866-287-6488 ou par courriel à firmagonplus@bayshore.ca
du lundi au vendredi, de 8h à 20h, heure de l'Est.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom : _____ Nom de famille : _____ DDN (jj/mmm/aaaa) : _____ Homme
Numéro de la carte santé : _____ Préférence linguistique : anglais français autre : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Cellulaire : _____ Meilleur moment pour appeler : matin après-midi
Laisser un message vocal ? Oui Non *Courriel : _____
Moyen de communication préférée : Téléphone Cellulaire Courriel
Autre contact (le cas échéant) : _____ Lien de parenté : _____ Téléphone : _____

*J'accepte de recevoir des communications électroniques de l'administrateur du programme, Rx spécialisés Bayshore Itée. (« Bayshore ») agissant au nom de Ferring Inc. contenant des renseignements et des mises à jour relatives à mon inscription au Programme de soutien aux patients Firmagon®+. Je comprends que je peux retirer mon consentement à ces communications à tout moment en le notifiant à l'administrateur du programme à l'adresse suivante : 2101 Hadwen Rd., Mississauga, Ontario L5K 2L3 ou par courriel à firmagonplus@bayshore.ca.

CRITÈRES MÉDICAUX ET DIAGNOSTIQUE

Un cancer avancé et hormono-dépendant de la prostate
Allergies connues : Non Oui, veuillez préciser : _____
Directives particulières : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Prénom : _____ Nom de famille : _____ N° de permis : _____
Nom de l'établissement : _____ Adresse : _____ Ville : _____
Province : _____ Code Postal : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Courriel : _____ Moyen de communication préférée : Téléphone Télécopieur Courriel
Nom du contact principal : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Courriel : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA PRESCRIPTION (à remplir par le médecin)

La dose initiale : 240 mg administrés sous forme de deux injections sous-cutanées de 120 mg.
La dose initiale a été administrée le : (jj/mmm/aaaa) : _____. Ne pas délivrer la dose initiale de nouveau.
 Dose d'entretien : 80 mg administrés sous forme d'une injection sous-cutanée. La première dose d'entretien doit être administrée un mois après la dose initiale.
Durée : _____ mois de traitement.
 Je confirme que le patient susmentionné répond à l'indication et à l'utilisation clinique décrites dans la monographie de produit de Firmagon® approuvée par Santé Canada. Je certifie par la présente que cette ordonnance est d'origine. J'autorise le Programme de soutien aux patients Firmagon®+ à être mon agent désigné pour transmettre la présente ordonnance par télécopieur ou un autre mode de livraison à une pharmacie choisie par le patient susmentionné. La présente ordonnance garantit au patient l'accès au traitement que j'ai prescrit contre le cancer avancé et hormono-dépendant de la prostate pour qui un traitement antiandrogène est indiqué. Elle expire un (1) an après la date de la signature ci-dessous.
Signature du médecin : _____ Date (jj/mmm/aaaa) : _____

AUTORISATION DU MÉDECIN

Je reconnais avoir lu et compris les conditions générales du Programme de soutien aux patients Firmagon®+ ainsi que la déclaration et le consentement du médecin décrits dans le présent formulaire (collectivement, les « modalités du médecin »). Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la communication de mes renseignements de médecin prescripteur et l'accès à ceux-ci par l'administrateur du programme, Ferring et les agents de Ferring, conformément aux modalités du médecin. Je consens en outre à ce que l'administrateur du programme, Ferring et les agents de Ferring communiquent avec moi de temps à autre conformément aux modalités du médecin.

Signature : _____ Nom (en caractères d'imprimerie) : _____ Date (jj/mmm/aaaa) : _____

AUTORISATION DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT PERSONNEL

Je reconnais avoir lu et compris les conditions générales du Programme de soutien aux patients Firmagon®+ ainsi que la déclaration et le consentement du patient décrits dans le présent formulaire (collectivement, les « modalités du patient ») et j'autorise mon médecin à m'inscrire au programme. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la communication de mes renseignements personnels, y compris mes renseignements de santé, et à l'accès à ceux-ci par l'administrateur du programme, Ferring et les agents de Ferring, conformément aux modalités du patient. Je consens en outre à ce que l'administrateur du programme, Ferring et les agents et prestataires de services de Ferring communiquent avec moi de temps à autre dans le cadre du programme.

Signature : _____
Nom du patient ou de son représentant personnel, le cas échéant (en caractères d'imprimerie) : _____
Date (jj/mmm/aaaa) : _____

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS FIRMAGON®+ FORMULAIRE D'INSCRIPTION

CONDITIONS GÉNÉRALES

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT L'ENSEMBLE DU FORMULAIRE. Si vous avez des questions, demandez à la personne qui vous a remis le formulaire de vous l'expliquer.

Le Programme de soutien aux patients Firmagon®+ (le « **programme** ») est commandité par Ferring Inc. (« **Ferring** ») et administré par un prestataire de services tiers, ses affiliés, sous-traitants ou autres contractants désignés par Ferring (l'« **administrateur du programme** »). Ferring a désigné Rx spécialisés Bayshore ltée. (« **Bayshore** ») comme administrateur du programme. Le programme offre des services de soutien aux patients, comme le remboursement ou l'aide financière, des ressources éducatives, la facilitation de l'accès à l'administration du traitement et aux services de livraison des pharmacies spécialisées, ainsi que le suivi du traitement aux patients inscrits qui ont reçu une ordonnance pour le traitement Firmagon®.

Ferring a le droit en tout temps et sans préavis de mettre fin au programme et à tous les services offerts dans le cadre de celui-ci ou de les modifier. Ferring peut désigner de temps à autre d'autres administrateurs de programme pour gérer ce dernier. Si, un moment donné et pour quelque raison que ce soit, Ferring nomme un nouvel administrateur de programme pour gérer ce dernier, vos renseignements personnels ou les renseignements sur le médecin prescripteur (tels que définis ci-dessous) seront communiqués à ce prestataire de service pour la poursuite de votre participation au programme. Vous donnez votre consentement exprès pour que Ferring transfère vos renseignements personnels et vos renseignements personnels sur la santé à tout successeur choisira par Ferring pour administrer le Programme, et ce consentement s'appliquera même si vous ne participez plus activement au Programme et/ou en cas de décès.

Vous pouvez communiquer en tout temps avec le responsable de la protection de la vie privée du programme afin d'accéder à vos renseignements personnels ou à ceux du médecin prescripteur, de les mettre à jour ou de modifier ou retirer votre consentement (en partie ou en totalité), d'exprimer une préoccupation liée à la protection de la vie privée ou de vous renseigner sur les pratiques du programme en matière de confidentialité. Vous pouvez communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée par courriel à privacyofficer@bayshore.ca ; par téléphone au 1-800-668-9490 ; ou par courrier à 2101 Hadwen Rd., Mississauga, Ontario L5K 2L3.

DÉCLARATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Les renseignements personnels, notamment votre nom, votre date de naissance, votre sexe, votre adresse, vos coordonnées, vos renseignements financiers, vos renseignements de santé (y compris vos antécédents médicaux, votre ou vos états de santé, les renseignements relatifs à votre traitement, les renseignements relatifs à vos ordonnances), le numéro de votre carte santé et les renseignements relatifs à votre assurance (collectivement, les « **renseignements personnels** »), que vous, votre ou vos prestataires de soins de santé, vos assureurs ou vos payeurs fournissez au programme seront utilisés aux fins de l'administration et de la gestion de ce dernier. Vos renseignements personnels seront utilisés pour déterminer votre admissibilité à la participation aux services offerts par le programme, à des fins de vérification d'identité et pour communiquer avec vous et avec votre ou vos prestataires de soins de santé, votre ou vos assureurs et vos payeurs en votre nom.

Ferring a l'obligation légale de suivre les plaintes relatives aux produits et de déclarer les renseignements relatifs à la sécurité et les effets indésirables à Santé Canada et à d'autres autorités sanitaires. Les renseignements personnels fournis au programme peuvent être communiqués aux autorités sanitaires locales ou internationales, ou contrôlés par Ferring, ses agents et ses prestataires de services en ce qui concerne les données relatives à la sécurité et les plaintes concernant les produits, afin de satisfaire aux exigences légales en matière de déclaration. Ferring, ses agents ou ses prestataires de services peuvent communiquer avec vous, avec votre médecin prescripteur ou avec vos prestataires de soins de santé, pour obtenir des renseignements supplémentaires dans le but de remplir ses obligations.

Votre numéro de carte de santé peut être communiqué à d'autres prestataires de soins de santé impliqués dans votre traitement, le cas échéant, ou utilisé pour accéder à des bases de données de santé publique ou l'y intégrer, notamment des dossiers de santé électroniques (DSE) et des dossiers médicaux électroniques (DME), comme le permet la législation provinciale applicable pour l'examen ou la documentation de votre traitement par le ou les prestataires de soins de santé ou à des fins d'analyse des schémas de traitement, des résultats des soins de santé et de l'efficacité des interventions en matière de soins de santé en relation avec votre traitement.

Vos renseignements personnels peuvent être combinés avec les renseignements d'autres personnes qui participent au programme afin de générer des données agrégées qui ne contiennent pas de renseignements d'identification. Les renseignements personnels dépersonnalisés ou agrégés peuvent être utilisés par Ferring et ses prestataires de services pour améliorer ou affiner le programme, pour concevoir ou mettre en œuvre d'autres programmes pour les patients et à des fins de recherche [par exemple, l'identification de modèles, la prévision de tendances en matière de santé, l'évaluation de la sécurité ou de l'efficacité du traitement, les résultats rapportés par les patients et la prise de décision clinique]. Les renseignements personnels dépersonnalisés ou agrégés peuvent également être utilisés en collaboration avec des prestataires de soins de santé ou avec des organismes de réglementation, par exemple pour étayer des soumissions réglementaires et des décisions de politique de santé en conformité avec les autorités sanitaires (par exemple, Santé Canada). En outre, vos renseignements personnels peuvent être utilisés ou communiqués à d'autres tiers lorsque les lois applicables, des ordonnances de tribunaux ou les réglementations gouvernementales le permettent ou l'exigent.

Les renseignements personnels recueillis dans le cadre du programme peuvent être stockés en dehors du Canada, notamment aux États-Unis et en Europe, où les lois locales peuvent exiger la communication de renseignements personnels aux autorités gouvernementales dans des circonstances différentes de celles qui s'appliquent au Canada. Des mesures techniques et organisationnelles conformes aux normes industrielles seront utilisées pour protéger la sécurité des renseignements personnels recueillis. Vos renseignements personnels seront conservés aussi longtemps que nécessaire pour atteindre les objectifs pour lesquels ils ont été collectés et conformément à la législation, à la réglementation, aux consignes et aux politiques de protection de la vie privée applicables au programme. La politique de confidentialité de Bayshore est accessible à <https://bayshorespecialtyrx.ca/fr/politique-de-confidentialite/>, et l'avis de confidentialité de Ferring en matière de pharmacovigilance est accessible [en anglais] à l'adresse <https://www.ferring.ca/fr/global/pharmacovigilance-privacy-notice/>.

VOTRE PARTICIPATION AU PROGRAMME EST VOLONTAIRE. Vous pouvez retirer (en partie ou en totalité) ou modifier votre consentement en tout temps en envoyant une demande signée à l'administrateur du programme par télécopie au 1-866-963-6488 ou par courriel à firmagonplus@bayshore.ca. Le retrait ou la modification de votre consentement ne vous empêche pas d'accéder au traitement prescrit par votre prestataire de soins de santé. Le retrait de votre consentement entraînera la fin de votre inscription au programme, ce qui signifie que vous ne pourrez plus bénéficier des services du programme, y compris, entre autres, de l'aide financière et de l'aide au remboursement, à compter de la date du retrait. Le retrait ou la modification du consentement n'aura pas d'effet rétroactif et tout renseignement personnel déjà fourni au programme sera conservé aux fins et pour les utilisations décrites dans le présent formulaire. Le retrait de votre consentement empêchera la collecte de nouvelles données vous concernant.

DÉCLARATION ET CONSENTEMENT DU MÉDECIN

En inscrivant le patient susmentionné (le « **patient** ») au programme, vous déclarez que (i) vous êtes le médecin traitant du patient; (ii) vous avez rencontré le patient et discuté du programme avec lui; (iii) le patient comprend le programme; (iv) le patient désire s'inscrire au programme; (v) vous serez responsable de tous les conseils médicaux et cliniques nécessaires au traitement Firmagon®, qu'ils soient donnés par vous-même ou par un autre fournisseur de soins de santé délégué; (vi) vous comprenez que le programme ne peut pas fournir de conseils ou de recommandations médicales à vos patients, y compris à leur demande, et redirigera le patient vers vous dans de telles circonstances; (vii) l'état du patient correspond aux indications énumérées dans la monographie de produit actuelle de Firmagon® et le traitement et le dosage sont appropriés selon votre jugement clinique; (viii) le patient comprend que vous fournissez ses renseignements personnels, notamment son nom, sa date de naissance, son sexe, son adresse, ses coordonnées, ses renseignements financiers, ses renseignements médicaux (y compris ses antécédents médicaux, son ou ses états pathologiques, les renseignements relatifs à son traitement, les renseignements sur ses ordonnances), le numéro de sa carte santé et les renseignements sur son assurance aux fins de l'inscription au programme et il y consent; (ix) le patient consent à être contacté par le programme dans le but de l'inscrire à celui-ci; (x) une nouvelle ordonnance sera nécessaire si le patient se réinscrit ou répond aux critères pour continuer à participer au programme; (xi) vous ne bénéficiez d'aucun avantage personnel direct (p. ex. un paiement pécuniaire) pour votre participation ou celle du patient au programme.

Le programme recueillera des renseignements personnels, à savoir votre nom, vos coordonnées, le nom de votre clinique, votre numéro de permis, votre spécialité, l'adresse ou les adresses de votre clinique et vos coordonnées (collectivement, les « **renseignements du médecin prescripteur** »), que ce soit directement ou indirectement (par exemple, les données d'IQVIA, les sites Web des collèges provinciaux ou d'autres domaines publics). Vous consentez à la collecte, à l'utilisation et à la communication de vos renseignements de médecin prescripteur à des fins de gestion du programme, de suivi et d'évaluation du programme, de respect des exigences réglementaires, notamment les obligations de déclaration relatives aux événements indésirables et aux plaintes concernant les produits, ainsi qu'à toute collecte, utilisation et divulgation autorisée ou exigée par la loi. Vous consentez également à l'utilisation et à la communication de votre nom, de votre numéro de permis et de vos coordonnées aux payeurs appropriés dans le but d'obtenir une aide au remboursement pour le patient, le cas échéant. Vous acceptez que votre numéro de permis et vos coordonnées soient communiqués à Ferring à des fins de production de rapport, notamment, à des fins de recherche, de développement et de données commerciales. Vous acceptez également la communication de la documentation clinique appropriée aux contrôleurs et aux auditeurs engagés par Ferring à des fins d'audit.

Vos renseignements de médecin prescripteur dépersonnalisés peuvent être utilisés par l'administrateur du programme, Ferring et les agents de Ferring pour améliorer ou affiner le programme, et/ou pour concevoir et/ou mettre en œuvre d'autres programmes pour les patients.

Vous consentez à ce que l'administrateur du programme, Ferring et les agents de Ferring communiquent avec vous s'ils ont besoin de renseignements supplémentaires concernant les plaintes sur les produits et les événements indésirables liés au patient, au programme ou à Firmagon®.

Vous consentez également à ce que l'administrateur du programme communique avec vous dans le but de gérer le programme, de partager les renseignements pertinents recueillis sur le patient (par exemple, les événements indésirables), et de s'enquérir de votre expérience du programme afin d'améliorer les services.

Les renseignements relatifs au médecin prescripteur seront conservés aussi longtemps que nécessaire pour atteindre les objectifs pour lesquels ils ont été collectés et conformément à la législation, à la réglementation, aux consignes et aux politiques de protection de la vie privée applicables au programme. La politique de confidentialité de Bayshore est accessible à l'adresse <https://bayshorespecialtyrx.ca/fr/politique-de-confidentialite/>, et l'avis de confidentialité de Ferring en matière de pharmacovigilance est accessible [en anglais] à l'adresse <https://www.ferring.ca/fr/global/pharmacovigilance-privacy-notice/>.

Vous pouvez retirer (en partie ou en totalité) ou modifier votre consentement en tout temps en envoyant une demande signée à l'administrateur du programme par courrier à 2101 Hadwen Rd., Mississauga, Ontario L5K 2L3, ou par télécopie au 1-866-963-6488 ou par courriel à firmagonplus@bayshore.ca. Vous comprenez que si votre Patient continue de participer au Programme, ce consentement s'étendra pendant toute la durée de sa participation au Programme.