

VEUILLEZ TRANSMETTRE LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI PAR COURRIEL, À pfizerliaison@bayshore.ca OU PAR TÉLÉCOPIEUR, AU 1-844-636-6888

POUR OBTENIR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS, VEUILLEZ COMPOSER LE NUMÉRO SANS FRAIS 1-844-616-6888

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: (AAAA-MM-JJ) Sexe: Homme Femme _____

N° d'identification de l'hôpital (facultatif): _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____

Code postal: _____ Langue de préférence: _____

Numéro de téléphone: Maison: _____

Travail: _____ Cellulaire: _____

Meilleur moment pour me joindre la semaine: _____

Autorisation de laisser un message

Adresse courriel* (optionnelle): _____

* En fournissant votre adresse courriel, vous consentez à recevoir des messages électroniques contenant de l'information et des mises à jour sur le programme de soutien aux patients Pfizer Liaison (le «programme»), sur vos problèmes de santé, vos traitements, les projets de Pfizer ou d'autres sujets connexes. La société gestionnaire du programme, Soins de santé Bayshore ltée et ses sociétés affiliées («Bayshore»), sollicite votre consentement au nom de Pfizer Canada («PC»), le promoteur du programme. Vous pouvez retirer votre consentement à recevoir des messages électroniques en suivant les instructions fournies dans le message électronique. Vous pouvez communiquer avec Bayshore en tout temps, en composant le numéro sans frais 1-844-616-6888, ou en écrivant à l'adresse suivante: Soins de santé Bayshore ltée, 2101 Hadwen Road, Mississauga (Ontario) L5K 2L3.

Avez-vous soumis une demande auprès d'un régime provincial d'assurance?

Oui Non Je ne sais pas

Date de la demande: (AAAA-MM-JJ) _____

Êtes-vous couvert par un régime d'assurance privé, ou un membre de votre famille habitant avec vous est-il couvert par un tel régime?

Oui Non Je ne sais pas

Nom de la compagnie d'assurance: _____

Date de la demande: (AAAA-MM-JJ) _____

CONSENTEMENT DU PATIENT

J'ai lu, j'ai compris et j'accepte l'énoncé de consentement du patient figurant au verso de cette page.

_____ (AAAA-MM-JJ)
SIGNATURE DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL Date

Nom du représentant légal (en caractères d'imprimerie): _____

Relation entre le représentant légal et le patient: _____

Le consentement verbal a été obtenu par:

_____ (AAAA-MM-JJ)
NOM Date

J'autorise le programme Pfizer Liaison ou ses représentants à communiquer avec un membre de ma famille en mon nom.

Nom: _____

Numéro de téléphone: _____

Lien avec le patient: _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PHARMACIEN

Nom et coordonnées du pharmacien: _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'INTERVENANT SPÉCIALISÉ DANS L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS (le cas échéant)

Nom et coordonnées de l'intervenant spécialisé dans l'accès aux médicaments: _____

INFORMATION SUR LE TRAITEMENT

Patient autorisé à commencer le traitement: Oui Non

Médicament de transition requis: Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Nom du médecin: _____

Numéro de permis: _____

Affiliation: _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone: _____

Numéro de télécopieur: _____

Adresse courriel*: _____

Autre personne-ressource importante: _____

CONSENTEMENT DU MÉDECIN

SIGNEZ ICI

SIGNATURE DU MÉDECIN

(AAAA-MM-JJ)
Date

En apposant votre signature, vous confirmez avoir lu et compris l'énoncé de consentement du médecin figurant au verso de cette page et que vous l'acceptez.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pr BESPONSA ^{MC} (inotuzumab ozogamicine pour injection) | <input type="checkbox"/> Pr NIVESTYM ^{MC} (filgrastim injectable) |
| <input type="checkbox"/> Pr BOSULIF ^{MD} (bosutinib) | <input type="checkbox"/> Pr NYVEPRIA ^{MC} (pegfilgrastim) |
| <input type="checkbox"/> Pr BRAFTOVI ^{MD} (encorafénib) | <input type="checkbox"/> Pr RUXIENCE ^{MC} (rituximab pour injection) |
| <input type="checkbox"/> Pr IBRANCE ^{MD} (palbociclib) | <input type="checkbox"/> Pr SUTENT ^{MD} (malate de sunitinib) |
| <input type="checkbox"/> Pr INLYTA ^{MD} (axitinib) | <input type="checkbox"/> Pr TRAZIMERA ^{MD} (trastuzumab) |
| <input type="checkbox"/> Pr LORBRENA ^{MD} (lorlatinib) | <input type="checkbox"/> Pr XALKORI ^{MD} (crizotinib) |
| <input type="checkbox"/> Pr MEKTOVI ^{MD} (binimétinib) | <input type="checkbox"/> Pr ZIRABEV ^{MD} (bévacizumab pour injection) |
| <input type="checkbox"/> Pr MYLOTARG ^{MD} (gemtuzumab ozogamicine pour injection) | |



SIGNATURE

Indication: _____

Dose: _____ Fréquence: _____

Quantité: _____ Renouvellements: _____

Mode d'emploi: _____

Autre produit: _____

SIGNEZ ICI

SIGNATURE DU MÉDECIN

(AAAA-MM-JJ)
Date

ÉNONCÉ DE CONSENTEMENT DU PATIENT

En fournissant mes renseignements personnels (RP), je consens pleinement par la présente à ce que Pfizer Canada (PC) et Soins de santé Bayshore Ltée et ses sociétés affiliées recueillent, utilisent, obtiennent et partagent mes RP comme il est décrit ci-dessous. Afin d'aider Bayshore dans l'étude de mon inscription au programme, je confirme que les renseignements que j'ai fournis sont exacts et complets, et que Bayshore peut utiliser ces renseignements pour communiquer avec moi dans le cadre du programme de soutien aux patients Pfizer Liaison (le « programme »).

Vos RP comprennent vos données individuelles (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, etc.), vos données financières et les renseignements relatifs à votre santé (antécédents médicaux, affections médicales, traitements en cours, renseignements sur votre assurance médicale, etc.).

PC (promoteur du programme et fabricant du médicament) et Bayshore (gestionnaire du programme au nom de PC) sollicitent votre permission de recueillir, d'utiliser et de partager vos RP pour vous permettre de participer à ce programme.

Afin de prendre part au programme et de permettre à PC et à Bayshore d'accomplir les activités du programme en mon nom, je soussigné :

- permets à mon professionnel de la santé, à mon assureur, à PC et à Bayshore de recueillir, d'utiliser, d'obtenir, de partager entre eux et d'archiver mes RP;
- autorise les représentants de Bayshore à effectuer une recherche, pour mon compte ou pour celui d'une de mes personnes à charge, portant sur ma couverture d'assurance (régime d'assurance médicaments collectif, régime d'assurance médicale privé et régime d'assurance médicaments public) et sur ses modalités, en ce qui a trait au remboursement des médicaments ou à celui des soins médicaux liés à mon traitement médical, afin de déterminer mon admissibilité à l'assistance au remboursement. Je conviens que dans le cadre de son enquête sur l'ensemble des possibilités qui me sont offertes en matière de prestations, Bayshore devra communiquer avec mon assureur ou avec mon médecin pour obtenir des renseignements supplémentaires;
- permets à PC de recueillir mes RP, de l'information sur mon emploi du médicament ainsi que des données sur les effets secondaires (aussi appelés « manifestations indésirables » ou « effets indésirables ») que je pourrais ressentir en prenant le médicament ou tout autre médicament fabriqué par PC, et de transmettre ces renseignements à Santé Canada ou à une autre agence gouvernementale. PC et Santé Canada demandent ces renseignements afin de suivre le profil d'innocuité de ces médicaments. PC peut aussi communiquer avec Bayshore ou avec mon professionnel de la santé si elle désire obtenir plus d'information sur une manifestation indésirable ressentie;
- permets à PC ou à Bayshore de communiquer avec moi au sujet de mes RP ou de tout autre renseignement ou document nécessaire ou relatif au programme, à mes affections médicales ou à mes traitements. PC peut utiliser ces renseignements pour mieux comprendre ses produits et ses programmes et les améliorer. PC et Bayshore peuvent me demander mon avis sur la qualité des services offerts dans le cadre du programme, m'aviser d'améliorations apportées au programme, me demander les résultats de mon traitement par le médicament et effectuer d'autres études de marché limitées;
- permets à PC et à Bayshore de transférer mes RP à une société affiliée ou à un tiers fournisseur de services qui traitera ou archivera mes RP (au nom de PC/Bayshore) à des fins relatives à l'administration du programme;

ÉNONCÉ DE CONSENTEMENT DU MÉDECIN

Ma signature atteste que :

- je suis le médecin traitant de ce patient;
- je consens à ce que l'on communique avec moi pour obtenir des renseignements concernant mon patient;
- je consens à ce que Bayshore et PC reçoivent, recueillent, archivent, utilisent et divulguent tout renseignement fourni par moi sur le patient et qui est nécessaire pour aider le patient à obtenir les services ou l'assistance auxquels il a consenti; et
- je consens à ce que Bayshore et PC prennent contact avec moi relativement à tout autre renseignement concernant le programme qui pourrait permettre d'améliorer la prestation ou la qualité des services offerts par ce programme à mon patient.

- consens à ce que PC recueille, partage et publie des données statistiques anonymisées auprès de fournisseurs de soins de santé et de tiers à des fins de remboursement, de publication ou à des fins commerciales;
- ne tenterai d'aucune façon de déclarer le montant de soutien reçu dans le cadre de ce programme à titre de frais déboursés pour des médicaments d'ordonnance dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments; et
- reconnais que les avantages qui me sont offerts dans le cadre du programme sont sujets à modification, y compris l'assistance financière relative au coût du médicament. Ultérieurement, ma contribution au coût de mon médicament pourrait augmenter selon mon régime d'assurance.

Vous consentez à ce que vos RP soient transférés à un nouveau gestionnaire de programme nommé par PC pour administrer le programme advenant le retrait de Bayshore, en entier ou en partie, du programme. Vous consentez à la collecte, à l'utilisation, à l'archivage et à la divulgation de vos RP par le nouveau gestionnaire de programme comme il est décrit dans ce formulaire.

PC et Bayshore ont à cœur de protéger votre vie privée. Les RP recueillis au moyen du présent formulaire et dans le cadre du programme demeureront strictement confidentiels et ne seront pas divulgués à des tierces parties autres que celles qui ont été engagées aux fins mentionnées ci-dessus ou comme il est permis ou requis par la loi. Vos RP pourraient également être divulgués ou transférés à une société affiliée à PC ou à Bayshore, ou à un tiers, advenant une proposition ou la conclusion d'une transaction d'achat ou de vente, de crédit-bail, de fusion, d'unification ou d'acquisition de tout ordre, ou de cession, de transfert, de transfert de possession ou de financement de PC ou d'une de ses divisions. Vos RP pourraient être transférés à une société affiliée à PC ou à Bayshore, ou à un fournisseur de services de PC ou de Bayshore aux fins de traitement ou d'archivage hors de votre province, de votre territoire ou de votre pays, et seraient dès lors assujettis aux lois du pays où ils sont archivés ou traités. Les lois d'autres pays relatives à la vie privée peuvent être moins strictes que celles du Canada et de ses provinces.

Si vous changez d'avis ultérieurement pour quelque raison que ce soit à propos de la collecte, de l'utilisation, de l'obtention et de la divulgation de ces renseignements, vous pouvez retirer votre consentement en communiquant avec Bayshore au numéro sans frais 1-844-616-6888, ou en écrivant à l'adresse suivante : Soins de santé Bayshore Ltée, 2101 Hadwen Road, Mississauga (Ontario) L5K 2L3. Vous reconnaissez que le retrait de votre consentement pourrait mettre fin à votre participation au programme et que vous pourriez ne plus recevoir de services liés au médicament. À moins que vous ne le retirez, votre consentement est valide tant et aussi longtemps que vous recevez des services dans le cadre du programme et pour une durée raisonnable par la suite.

Vous avez le droit de demander l'accès à vos renseignements contenus dans nos dossiers et de les modifier, au besoin. Si vous avez des questions à propos de vos RP, veuillez communiquer avec Bayshore aux coordonnées ci-dessus.

PC se réserve le droit de modifier ou de mettre fin en tout temps à ce programme, sans préavis.

Je confirme :

- avoir prescrit BESPONSA^{MC} (inotuzumab ozogamicine pour injection), BOSULIF^{MD} (bosutinib), BRAFTOVI^{MD} (encorafénib), IBRANCE^{MD} (palbociclib), INLYTA^{MD} (axitinib), LORBRENA^{MD} (lorlatinib), MEKTOVI^{MD} (binimétinib), MYLOTARG^{MD} (gemtuzumab ozogamicine pour injection), NIVESTYM^{MC} (filgrastim injectable), NYVEPRIA^{MC} (pegfilgrastim), RUXIENC^{MC} (rituximab pour injection, SUTENT^{MD} (malate de sunitinib), TRAZIMERA^{MD} (trastuzumab), XALKORI^{MD} (crizotinib) ou ZIRABEV^{MD} (bévacizumab pour injection) au patient conformément à l'indication autorisée.