

Envoyez le formulaire rempli par :

Télécopie : 1-866-368-6511 | Courriel : kineret@innomar-strategies.com



Renseignements sur le patient

Vider le formulaire

Nom de famille :	Prénom :	
Sexe :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	
Numéro de téléphone (préféré) :	Laisser des messages : ☐ Oui ☐ Non	Accepte des textos : ☐ Oui ☐ Non
Numéro de téléphone (autre) :	Laisser des messages : ☐ Oui ☐ Non	Accepte des textos : ☐ Oui ☐ Non
Langue préférée : ☐ Anglais ☐ Français		
Adresse courriel :		
Adresse postale :		
Ville :	Province :	Code postal :
☐ Je consens personnellement, et j'ai lu, compris et accepte le « Consentement du patient » énoncé au verso de ce formulaire. OU ☐ Le médecin a obtenu le consentement verbal du patient à partir du « Consentement du patient »*.		
Signature du patient	Signature du représentant légal (s'il y a lieu)	Date (JJ/MM/AAAA)
Lien entre le représentant légal et le patient	Représentant légal (en lettres majuscules)	

Renseignements sur le médecin

* Signature du patient ou du représentant légal est requise en Alberta.

Nom de famille :	Prénom :	
Numéro de permis d'exercer :	Spécialité :	
Adresse courriel :		
Adresse postale de la clinique :	Province:	Code postal :
Ville :	Instructions particulières :	
Personne-ressource/administrateur principal :		
Moyen de communication préféré de la personne-ressource/ administrateur principal :		
☐ Téléphone : _____ ☐ Téléc. : _____ ☐ Courriel : _____		

Renseignements sur l'ordonnance

Traitement de (préciser le problème de santé) :	Poids du patient : _____ lb/kg
KINERET ^{MD} (anakinra) solution de 100 mg/0,67 mL	Instructions : Injecter _____ mg par voie sous-cutanée tous les _____ jour(s)
☐ 28 seringues ☐ 7 seringues Autres : _____	Renouvellements : _____
Envoyer l'ordonnance à :	Pharmacie choisie par le patient (veuillez indiquer le nom) :
☐ Pharmacie Kineret SUR LA BONNE VOIE ^{MC} ☐ J'autorise le programme à envoyer l'ordonnance à la pharmacie choisie par le patient en mon nom.	Adresse de la pharmacie :
Commentaires :	
Signature du médecin :	Date (JJ/MM/AAAA) :
Par la présente je confirme que : (i) je suis le médecin prescripteur; (ii) ceci est l'ordonnance originale de KINERET; (iii) j'accepte que Sobi Canada, Inc., ses sociétés affiliées et ses partenaires me contactent au sujet des soins ou de l'inscription de ce patient au programme de soutien aux patients Kineret SUR LA BONNE VOIE.	

Envoyez le formulaire rempli par :

Télécopie : 1-866-368-6511 | Courriel : kineret@innomar-strategies.com

Consentement du patient

Le programme de soutien aux patients Kineret SUR LA BONNE VOIE (le « programme ») est parrainé par Sobi Canada, Inc., (« Sobi ») et est présentement géré par Innomar Strategies, un tiers indépendant mandaté par Sobi pour administrer le programme (« administrateur du programme »). Le programme offre des services tels que l'examen des options de remboursement et du soutien pour les patients à qui on a prescrit KINERET. Sobi se réserve le droit de mettre fin au programme ou de le modifier à tout moment sans préavis ni délai, notamment en confiant le programme à un nouvel administrateur.

J'ai eu l'occasion de discuter de ce programme avec mon médecin et je comprends que la participation au programme est volontaire. Par la présente, j'accepte que mes renseignements personnels soient recueillis, utilisés, divulgués et conservés (conformément aux modalités ci-dessous) afin de déterminer si je suis admissible au programme et de fournir les services du programme décrits dans la présente.

Je comprends que le programme peut recueillir des renseignements auprès de mes professionnels de la santé et de leur personnel, y compris mon (mes) médecin(s) et mon (mes) pharmacien(s) (collectivement, les « professionnels de la santé »), les fournisseurs d'assurance (privés ou publics) ainsi que d'autres fournisseurs de services retenus pour le programme ou à d'autres fins, comme autorisé ou exigé par la loi, et partager ces renseignements avec eux. Les renseignements recueillis et partagés peuvent comprendre de l'information sur ma couverture d'assurance, mes problèmes de santé et d'autres renseignements personnels et de santé, ainsi que tous les renseignements figurant sur le formulaire d'inscription et de consentement (ci-après désignée collectivement par « renseignements personnels »). J'autorise mon médecin à remettre mon formulaire d'inscription et de consentement rempli à l'administrateur du programme. J'accepte que l'administrateur du programme, mes professionnels de la santé ou d'autres personnes me contactent par courriel, par téléphone ou par d'autres moyens pour obtenir les renseignements nécessaires à mon inscription au programme et à sa gestion.

Utilisation et divulgation de vos renseignements personnels

L'administrateur du programme (et ses représentants et agents autorisés) peuvent recueillir, utiliser et/ou partager vos renseignements personnels afin de :

- administrer le programme;
- vous fournir des services de soutien;
- déterminer votre admissibilité au programme et aux services de soutien;
- personnaliser le programme et les services de soutien en fonction de votre situation particulière;
- vous fournir des documents relatifs à vos médicaments, à votre traitement et au programme;
- vous contacter pour vous informer des modifications apportées au programme et aux services de soutien;
- obtenir vos commentaires sur le programme et les services de soutien;
- faciliter le transfert de vos données dans l'éventualité où il y aurait un changement de fournisseur du programme de soutien aux patients;
- évaluer et rapporter les résultats des patients associés à l'administration de KINERET;
- effectuer des évaluations internes du programme et des services de soutien; et
- effectuer des contrôles, des rapports et des vérifications en matière de sécurité et répondre à des demandes de renseignements ou à des questions concernant les médicaments, ou dans les cas où la loi l'exige.

Je comprends que mes renseignements personnels peuvent être combinés avec les informations d'autres personnes participant au programme afin de générer des données agrégées ne contenant pas d'informations d'identification (« données agrégées »). Les données agrégées peuvent être utilisées par Sobi et ses fournisseurs de service pour améliorer et/ou réviser le programme, pour concevoir et mettre en œuvre d'autres programmes pour les patients, et à des fins de recherche incluant la détermination de tendances comme l'utilisation des produits, l'observance de ceux-ci ou les résultats obtenus. Les données agrégées peuvent également être utilisées pour aider Sobi et ses fournisseurs de services à développer, évaluer ou améliorer le programme, nos produits, services, matériels et traitements et à mener des recherches, y compris de futures recherches et publications scientifiques.

Je comprends que l'administrateur du programme (non pas Sobi) est responsable de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation de mes renseignements personnels recueillis aux fins du programme. Je comprends que Sobi peut recevoir des données anonymisées de ce programme, mais aucun renseignement personnel à mon sujet, à l'exception de certains renseignements (p. ex., initiales, date de naissance et sexe, mais pas le nom), qui sont nécessaires à la déclaration d'effets indésirables pour permettre à Sobi d'assurer le suivi auprès de mes professionnels de la santé. Cela est nécessaire pour que Sobi puisse tenir à jour les données sur l'innocuité de ses produits. Les informations relatives aux effets indésirables peuvent devoir être signalées aux autorités de santé au Canada et à l'étranger.

Je comprends que le dossier contenant mes renseignements personnels sera conservé dans les bureaux de l'administrateur du programme qui assurera la collecte, l'utilisation, la divulgation et la protection de mes renseignements personnels selon les modalités décrites ci-dessus et conformément à sa politique de confidentialité. Les employés autorisés, les agents et mandataires de l'administrateur du programme auront accès à mes renseignements personnels pour autant que cela soit nécessaire à la gestion du programme. Les renseignements personnels recueillis dans le cadre du programme peuvent être stockés ou traités à l'extérieur du Canada. Je comprends que lorsque les renseignements personnels sont stockés ou traités à l'extérieur du Canada, ils peuvent être soumis aux lois de pays étrangers. Pour obtenir des renseignements sur les politiques et les pratiques de l'administrateur du programme concernant ses fournisseurs de services, ou pour obtenir une copie de sa politique de confidentialité, je peux contacter Innomar Strategies en prenant rendez-vous au 1-844-466-0627 ou en remplissant un formulaire sur www.innomar-strategies.com.

J'ai le droit de retirer mon consentement en tout temps en communiquant avec l'administrateur du programme au 1-866-204-3546; le retrait de mon consentement n'aura toutefois pas d'effet rétroactif. J'ai le droit de demander l'accès à mes renseignements personnels ou de les corriger ou de retirer mon consentement en tout temps en communiquant par écrit avec l'administrateur du programme à l'adresse ci-dessus. Je comprends que le retrait de mon consentement entraînera la fin de mon inscription au programme.

Je comprends que toute assistance financière qui m'est offerte dans le cadre de ce programme peut être déclarée comme revenu imposable aux payeurs publics ou privés ou aux agences gouvernementales.

Je suis la seule personne responsable d'une telle déclaration et de ma conformité aux exigences de cette aide financière.