

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Envoyez les formulaires dûment remplis par TÉLÉCOPIEUR, au 1-833-610-1366, ou par COURRIEL, à ipsencares@innomar-strategies.com.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom :		
Nom :		
N° de carte santé :		
Nom du représentant légal et lien avec le patient :		
Date de naissance (AAAA/MM/JJ): / /	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Poids :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Téléphone :	Meilleur moment pour téléphoner : <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi	
Autre téléphone :	Autorisation de laisser un message vocal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Courriel :	Autorisation d'envoyer un courriel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

CONSENTEMENT DU PATIENT (OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL)

JE CONFIRME PAR LA PRÉSENTE AVOIR LU ET COMPRIS L'INFORMATION CONCERNANT LE CONSENTEMENT DU PATIENT AU VERSO DE CE FORMULAIRE ET CONSENTIR À PARTICIPER AU PROGRAMME IPSEN CARES^{MD}. JE CONSENS À CE QUE LE COORDONNATEUR DU PROGRAMME COMMUNIQUE AVEC MOI PAR COURRIEL AUX FINS DU PROGRAMME. JE COMPRENDS QUE LE COURRIEL N'EST PEUT-ÊTRE PAS LE MOYEN DE COMMUNICATION LE PLUS SÛR ET QUE, PAR CONSÉQUENT, L'ADMINISTRATEUR N'INCLURA AUCUN RENSEIGNEMENT CONFIDENTIEL SUR LA SANTÉ DANS TOUT COURRIEL UTILISÉ POUR COMMUNIQUER AVEC MOI. TOUTEFOIS, DE TELS COURRIELS PEUVENT RÉVÉLER MON IDENTITÉ EN TANT QUE PARTICIPANT AU PROGRAMME. JE PEUX RETIRER MON CONSENTEMENT À RECEVOIR DES COURRIELS EN CONTACTANT L'ADMINISTRATEUR.

X _____ / /
Signature du patient (ou du représentant légal) Date (AAAA/MM/JJ)

Nom du patient (ou du représentant légal) (en caractères d'imprimerie)

S'il est impossible d'obtenir le consentement écrit du patient, veuillez obtenir son consentement verbal.

Consentement verbal obtenu

CONSENTEMENT DU MÉDECIN/PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

JE CONFIRME PAR LA PRÉSENTE AVOIR OBTENU LE CONSENTEMENT DU PATIENT OU, LORSQUE CELA S'APPLIQUE, AVOIR DANS LE DOSSIER DU PATIENT UNE AUTORISATION ÉCRITE DU PATIENT ME PERMETTANT DE DIVULGUER ET DE CONTINUER DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DU PATIENT ET L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DU PATIENT, ET CE, AUX FINS D'INSCRIPTION ET DE PARTICIPATION DU PATIENT AU PROGRAMME IPSEN CARES^{MD}.

X _____ / /
Signature du médecin (ou du professionnel de la santé) Date (AAAA/MM/JJ)

BESOIN DE FINANCEMENT

Une confirmation génétique du diagnostic pourrait être exigée pour obtenir un soutien financier. Veuillez confirmer que les résultats de dépistage génétique du patient sont connus.

Oui, le patient dispose des résultats des tests génétiques

NOTES

--

REMARQUE : Le formulaire ne peut être traité tant que le consentement du patient (ou de son représentant légal) n'a pas été obtenu. Pour toute question, appelez au 1-855-215-2288 et appuyez sur le 2 pour parler avec un représentant SOHONOS^{MD} du programme IPSEN CARES^{MD}, du lundi au vendredi, de 9 h à 18 h HE.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE DE "SOHONOS^{MD}" (à remplir par le médecin)

Diagnostic de fibrodysplasie ossifiante progressive (veuillez confirmer que le patient répond à l'un des critères ci-dessous) :

- sexe féminin ≥ 8 ans
 sexe masculin ≥ 10 ans

SCHÉMA POSOLOGIQUE

La posologie recommandée de SOHONOS^{MD} comprend deux schémas différents :

- Le traitement de longue durée : prise quotidienne
- Le traitement des poussées : différentes doses prises lors d'une poussée

POSOLOGIE POUR LE TRAITEMENT DE LONGUE DURÉE

Posologie prescrite :

Quantité :

Renouvellements :

Instructions :

Le traitement de longue durée doit être arrêté au moment de l'instauration du traitement des poussées, et repris après la fin du traitement des poussées.

POSOLOGIE POUR LE TRAITEMENT DES POUSSÉES

Posologie prescrite :

Quantité :

Renouvellements :

Instructions :

Autres consignes :

Allergies

Détails :

X _____ / /
Signature du médecin Date (AAAA/MM/JJ)

N° de permis du médecin : _____
(obligatoire si le formulaire est utilisé comme une ordonnance)

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN/CABINET DU MÉDECIN

Nom du médecin :

Nom de la clinique :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Infirmière-ressource à la clinique :

Téléphone :

N° de télécopieur :

Courriel :

Consentement à la divulgation et à l'utilisation de renseignements personnels/renseignements personnels sur la santé

Le programme IPSEN CARES^{MD} (le « Programme ») est parrainé et offert par Ipsen Biopharmaceuticals Canada Inc. (« Ipsen ») et administré par un tiers fournisseur de services choisi par Ipsen (« fournisseur de services »). En signant ce formulaire d'inscription, vous indiquez que vous êtes d'accord pour vous inscrire au Programme, et que vous consentez à ce que le coordonnateur du Programme communique avec vous dans le cadre de l'administration des services offerts par le Programme.

Vous reconnaissez que le fournisseur de services pourrait avoir besoin de vos renseignements personnels, y compris des renseignements personnels sur votre santé (les « renseignements personnels »), en vue de gérer le Programme, et qu'il pourrait communiquer avec vous, votre médecin ou un autre professionnel de la santé à cette fin. Vous autorisez votre médecin ou un autre professionnel de la santé à divulguer vos renseignements personnels au fournisseur de services et vous convenez que cette autorisation comprend toute divulgation initiale de vos renseignements personnels lors de votre inscription au Programme ainsi qu'une communication continue entre votre médecin et le fournisseur de services pendant la durée de votre participation au Programme. Vous reconnaissez que pendant la durée de votre participation au Programme, le fournisseur de services pourrait divulguer vos renseignements personnels à votre médecin ou à un autre professionnel de la santé en lien avec les services que vous recevez dans le cadre du Programme, y compris les résultats des sondages et/ou tout autre renseignement relatifs à votre santé ou à votre traitement.

Vous autorisez le fournisseur de services à recueillir des données à votre sujet et à divulguer celles-ci sous une forme anonymisée ou regroupée à Ipsen aux fins de surveillance et/ou d'amélioration du Programme, ainsi que dans le cadre de publications scientifiques et dans le but de mener des recherches cliniques ou des études de marché, et à divulguer de telles données à des tiers, le tout conformément à la loi applicable.

En signant ce formulaire, vous confirmez que vous avez lu l'information concernant le consentement du patient pour ce Programme, que vous avez eu l'occasion de poser toutes les questions que vous aviez au sujet du Programme à votre médecin et/ou à d'autres professionnels de la santé, et que vous avez reçu des réponses satisfaisantes à toutes vos questions.

En signant ce formulaire, vous confirmez également que vous comprenez et que vous consentez à ce qui suit :

En plus de la possibilité que l'on communique avec vous de la façon décrite ci-dessus et sur le recto de ce formulaire, vous consentez également à ce que le fournisseur de services, Ipsen, un agent ou un collaborateur d'Ipsen, ou un tiers désigné par Ipsen, puisse vous contacter pour :

- (a) effectuer des sondages sur la satisfaction des clients à l'égard du programme; ou
- (b) vous demander de prendre part à une étude ultérieure, et vous consentez à ce que vos coordonnées soient fournies à Ipsen, à l'agent ou au collaborateur d'Ipsen, ou à un tiers désigné par Ipsen à cette fin.

Vous acceptez également que le fournisseur de services examine votre dossier médical dans le but d'évaluer votre admissibilité à participer à de futures études cliniques. Si vous êtes jugé admissible, vous acceptez que le fournisseur de services puisse communiquer directement avec vous ou, s'il y a lieu, transmette vos coordonnées à Ipsen, à un agent ou à un collaborateur d'Ipsen, ou à un tiers désigné par Ipsen, pour s'enquérir de votre intérêt à participer à de telles études. Vous n'êtes nullement obligé d'accepter de participer à une telle étude pour bénéficier des services offerts par le Programme.

Le fournisseur de services peut dépersonnaliser, agréger (combiner avec d'autres données) et/ou anonymiser vos renseignements personnels pour effectuer des analyses à des fins commerciales, de recherche ou de publication ou pour améliorer le Programme. Dans ce cas, Ipsen s'assure que vos renseignements personnels sont protégés.

Veillez consulter la monographie de produit à produits-sante.canada.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp pour obtenir de l'information importante au sujet des contre-indications, des mises en garde, des précautions, des effets indésirables, des interactions médicamenteuses, des renseignements posologiques et des conditions d'utilisation clinique. Vous pouvez également vous procurer la monographie en appelant le Service d'information médicale d'Ipsen au 1-855-215-2288 (option 3).

Divulgation

En signant ce formulaire, vous confirmez également que vous comprenez et que vous consentez à ce qui suit :

De temps en temps, le Programme peut être amené à divulguer vos renseignements personnels à des tiers. Par exemple, des renseignements personnels concernant des effets indésirables liés au médicament peuvent être recueillis par le fournisseur de services ou un agent d'Ipsen et transmis à Santé Canada, un organisme de réglementation qui participe à la collecte de rapports concernant les effets indésirables liés au médicament. Toutefois, les détails fournis seront de nature anonyme afin de ne pas divulguer votre identité, mais ils incluront des renseignements comme vos initiales, votre date de naissance, votre âge, votre poids, votre taille et d'autres informations accessoires jugées pertinentes ainsi que tout effet indésirable soupçonné que vous pouvez avoir présenté. Vous consentez à ce que le fournisseur de services ou un agent d'Ipsen puisse communiquer avec vous afin d'obtenir des renseignements additionnels ou des éclaircissements concernant tout effet indésirable que vous pourriez avoir présenté. De même, vous consentez à ce que le fournisseur de services ou un agent d'Ipsen contacte votre médecin ou un autre professionnel de la santé aux mêmes fins.

Certains des tiers auxquels vos renseignements personnels pourraient être divulgués peuvent ne pas être situés au Canada; vos renseignements personnels peuvent donc être transmis et conservés hors du Canada. Des exemples de tels tiers peuvent inclure des pharmacies, des compagnies d'assurance ou des programmes publics d'assurance-médicaments. Vos renseignements personnels seront conservés de manière sécuritaire et confidentielle, et l'accès à ceux-ci sera restreint au personnel autorisé. Des mesures de sauvegarde seront mises en œuvre pour protéger vos renseignements personnels contre la divulgation, l'utilisation et l'accès non autorisés.

Dans la mesure où le Programme vous aide à obtenir une couverture ou un remboursement du coût d'achat de SOHONOS^{MD} auprès de votre régime d'assurance-médicaments provincial, de votre compagnie d'assurance ou d'une autre source de financement, le Programme déploiera tous les efforts raisonnables, mais ne peut garantir le succès de l'obtention de cette couverture ou de ce remboursement.

Modifications du Programme

Vous comprenez et vous consentez à ce que Ipsen puisse en tout temps et sans préavis modifier les services offerts par le Programme, les critères d'admissibilité pour obtenir de tels services, interrompre le Programme en tout ou en partie et mettre fin à l'assistance fournie dans le cadre du Programme.

De temps en temps, Ipsen peut nommer un nouveau fournisseur de services afin de l'aider à gérer le Programme. Vous autorisez Ipsen à transférer vos renseignements personnels à toute nouvelle partie choisie par Ipsen en ce qui a trait à la gestion du Programme.

Demande d'accès et retrait du consentement

Vous avez le droit en tout temps de révoquer votre consentement ou de demander d'avoir accès à vos renseignements personnels ou de modifier les renseignements personnels que le fournisseur de services, Ipsen ou un agent d'Ipsen, détient sur vous dans ses dossiers, ainsi que d'obtenir des informations sur la façon dont vos renseignements personnels ont été utilisés, sous réserve de toute restriction légale. Pour révoquer votre consentement ou faire une demande d'accès, vous pouvez contacter le Programme par téléphone au 1-855-215-2288 ou Ipsen par écrit à l'adresse suivante : Agent de protection de la vie privée, Ipsen Biopharmaceuticals Canada Inc., 5050 Satellite Drive, bureau 500, Mississauga (Ontario) L4W 0G1. Vous comprenez que les renseignements personnels recueillis ou divulgués avant que vous ne révoquiez votre consentement seront retenus. Si vous avez choisi de ne pas consentir ou si vous révoquez votre consentement par la suite, vous retirant ainsi du Programme, vous ne serez plus en mesure de bénéficier des services offerts par le Programme.