

Formulaire d'inscription et de consentement au programme AZCares Canada (mesures pendant la pandémie de COVID-19)

Le présent formulaire ne peut pas être traité sans la signature du médecin et le consentement signé du patient ou de son représentant légal. Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli par télécopieur au 1-800-268-0774 ou par courriel à customer.relations1@astrazeneca.com. Veuillez remplir **tous les champs** pour réduire les retards au minimum. Pour obtenir des renseignements immédiats, composez le 1-800-461-3787.

Critères d'admissibilité (doit répondre à TOUS les critères)

- Le patient doit être un citoyen canadien ou un résident du Canada à qui le médicament a été prescrit par un médecin canadien.
- Le patient doit avoir commencé son traitement par le produit en question avant le 15 mars 2020.
- Le patient confirme qu'il a perdu sa couverture par un régime privé en raison de la COVID-19 et qu'il est prêt à fournir la documentation justificative.
- Le patient n'a pas les moyens d'acheter le médicament et ne dispose dans l'immédiat d'aucune autre source de remboursement, incluant le régime provincial.
- Le patient doit accepter de passer à un régime privé ou provincial lorsqu'il y aura accès.
- Le patient comprend que ce programme est temporaire et d'une durée limitée pendant la pandémie de COVID-19.

Le patient répond-il à TOUS les critères d'admissibilité d'AstraZeneca mentionnés ci-dessus? Oui Non

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom du patient :		Nom du patient :	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	Sexe : H F	Langue : Ang Fra	
Nom du représentant légal (s'il y a lieu) :			
Province de résidence du patient :			
Adresse de courriel :			
Meilleur moment pour vous joindre : Matin Après-midi Soir			
N° de tél. à la maison :		Autre n° de téléphone :	
Pouvons-nous laisser un message sur une boîte vocale ou à une personne qui répond au téléphone? Oui Non			

SECTION 2 : CONSENTEMENT DU PATIENT – voir la section intégrale *Consentement et protection de la vie privée du patient* à la page suivante. Veuillez vous assurer de lire et de bien comprendre ces renseignements.

Par ma signature ci-dessous, je confirme que j'ai lu et compris la section *Consentement et protection de la vie privée du patient* et que j'accepte la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels et financiers conformément à ces modalités. Je comprends que si ma demande visant à recevoir le produit pendant la pandémie de COVID-19 est approuvée, ce sera pour une période maximale de 6 mois.

Signature du patient ou de son représentant légal :

Date (JJ/MM/AAAA) :

Si un consentement verbal a été obtenu (ne s'applique ni en Alberta ni au Nouveau-Brunswick) :
La section *Consentement et protection de la vie privée du patient* a été lue par le patient ou par son représentant légal qui a consenti verbalement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ses renseignements personnels et financiers conformément à ces modalités.

Nom de la personne qui a obtenu le consentement verbal du patient ou du représentant légal :

Date à laquelle le consentement verbal a été obtenu (JJ/MM/AAAA) :

SECTION 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Prénom :		Nom :	
Nom de la clinique et adresse (pas de numéro de case postale)			
Nom de l'administrateur / la personne-ressource au cabinet :			
Ville :		Province :	Code postal :
Adresse de courriel de la personne-ressource au cabinet :			
N° de tél. au cabinet :		N° de téléc. au cabinet :	

SECTION 4 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PRODUIT

Nom, teneur du médicament et schéma posologique (p. ex. 5 mg, 1 f.p.j.) :
Date d'instauration du traitement (MM/AAAA) :

Si la demande est approuvée, pendant que la recherche d'options de remboursement sera en cours, l'expédition sera coordonnée et le produit sera expédié au médecin s'il s'agit d'un produit de soins primaires ou au patient s'il s'agit d'un produit de soins spécialisés. Un nouveau formulaire devra être rempli en cas de changement de dose ou de demande pour un autre produit d'AstraZeneca.

SECTION 5 : AUTORISATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

J'atteste que je suis le médecin prescripteur du patient et je confirme qu'il a reçu une ordonnance du produit ci-dessus conformément à la monographie canadienne correspondante, d'après mon jugement médical indépendant et avec le consentement éclairé du patient.

J'atteste qu'à ma connaissance, les renseignements contenus dans cette demande sont complets et exacts. Pour autant que je sache, ce patient n'a pas d'assurance couvrant le médicament prescrit et n'a pas de ressources financières suffisantes pour payer le traitement prescrit.

Les produits reçus d'AstraZeneca Canada Inc. seront utilisés exclusivement pour le patient susmentionné.

Signature du médecin (un cachet ou un substitut de signature ne seront pas acceptés) :

Date (JJ/MM/AAAA) :

RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE D'AstraZeneca

Demande approuvée : OUI ou NON

Date (JJ/MM/AAAA) :

En cas de refus, indiquer la raison :

N° de dossier du programme AZCares:

N° de dossier du PSP :

CONSENTEMENT ET PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE DU PATIENT

Le programme AZCares Canada (« programme ») est parrainé par AstraZeneca Canada Inc. (« AstraZeneca ») et est administré par Programmes NavieGo (« administrateur du programme ») et Programmes Innomar (« administrateur du programme »), tiers indépendants. AstraZeneca peut changer l'administrateur du programme à son entière discrétion, sans préavis.

Vous comprenez et acceptez que le programme AZCares Canada transmette de l'information aux programmes de soutien aux patients d'AstraZeneca existants afin de coordonner votre demande.

Le programme n'est pas destiné à fournir des conseils ou des diagnostics d'ordre médical. Vous devez toujours demander l'avis de votre médecin si votre santé vous préoccupe. Vous avez discuté des bienfaits et des risques du produit avec votre médecin. Vous comprenez que (i) vous avez le droit de refuser de signer le présent formulaire de consentement, (ii) dans ce cas, vous ne pourrez avoir accès au programme, (iii) si le produit est offert à l'extérieur de ce programme, vous ne pourrez plus bénéficier du soutien de notre programme et (iv) l'inscription au programme ne garantit pas l'obtention d'une autorisation.

Vous déclarez que les renseignements fournis et les documents requis dans la présente demande sont complets et exacts. Vous confirmez que vous n'avez pas de ressources financières suffisantes pour payer le traitement prescrit et comprenez qu'AstraZeneca pourrait recueillir des données personnelles et financières pour confirmer votre admissibilité à des demandes nouvelles ou répétées. Vous reconnaissez que les produits reçus d'AstraZeneca Canada Inc. sont réservés à un usage personnel et que tout remboursement est accordé à la discrétion du programme AZCares Canada. AstraZeneca se réserve le droit en tout temps, sans avis, de modifier le programme ou de le suspendre et de cesser de fournir de l'aide.

En signant le présent formulaire, vous acceptez de vous inscrire au programme AZCares Canada et autorisez que vos renseignements personnels, dont vos coordonnées et les renseignements sur vos finances, vos assurances, vos ordonnances, votre état de santé et d'autres renseignements sur votre santé (« **renseignements personnels** ») soient recueillis, utilisés, transmis aux programmes de soutien aux patients d'AstraZeneca et divulgués comme il est indiqué ci-après. De plus, vous consentez à ce que l'administrateur du programme communique avec vous pour vous fournir les services du programme ou pour la coordination avec les programmes de soutien aux patients d'AstraZeneca, s'il y a lieu. Votre autorisation et votre consentement constituent votre « **consentement à l'utilisation de vos renseignements personnels** ».

Renseignements personnels : collecte, utilisation et divulgation

Pour participer au programme, vous devez fournir sur demande vos renseignements personnels (p. ex. preuve de citoyenneté canadienne / de statut de résident ou d'admissibilité dans la province) et vos renseignements financiers (p. ex. relevé d'emploi et talons de paiement de l'assurance emploi) à l'administrateur du programme que vous autorisez à communiquer avec votre assureur et avec vos professionnels de la santé pour obtenir de l'information supplémentaire.

L'administrateur du programme recueillera vos renseignements personnels et pourra les utiliser ainsi que les divulguer à des tiers aux fins d'audit et d'assurance de la qualité, notamment aux tiers suivants :

- des assureurs publics et privés aux fins d'évaluation des options de remboursement de votre médicament; et
- des professionnels de la santé qui peuvent communiquer vos renseignements personnels à vos assureurs aux fins d'évaluation des options de remboursement de votre médicament. Vos renseignements personnels recueillis dans le cadre du programme feront l'objet de mesures de précaution matérielles, administratives et techniques raisonnables pour les protéger contre la perte, le vol et la consultation, la communication, la copie, l'utilisation ou la modification non autorisées.

Vos renseignements personnels pourront être anonymisés et utilisés à des fins diverses, notamment pour permettre à AstraZeneca d'évaluer et d'améliorer ses programmes de soutien aux patients et la façon dont elle fournit ses produits et ses services aux patients et aux professionnels de santé.

Je comprends que le dossier contenant les renseignements me concernant sera conservé aux bureaux de l'administrateur du programme. Les employés autorisés, les agents et les mandataires de l'administrateur du programme pourront accéder à mes renseignements lorsque nécessaire aux fins décrites dans le présent formulaire.

Je peux à tout moment demander d'avoir accès à mes renseignements personnels ou les corriger en communiquant avec les administrateurs du programme aux coordonnées suivantes : Programmes NavieGo limitée et sociétés affiliées, au 1234, rue Main, bureau 400, Moncton (Nouveau-Brunswick), E1C 1H7 Canada, ou Innomar pour le programme Connexion360 de Fasenra, au 3470, rue Superior Court, Oakville (Ontario), L6L 0C4 Canada.

Si AstraZeneca nomme un nouvel administrateur de programme pour remplacer l'administrateur du programme, je consens à ce qu'elle transfère mes renseignements personnels à ce nouveau fournisseur de services.

Innocuité des médicaments

En vertu de la loi, AstraZeneca est tenue de déclarer les manifestations indésirables à Santé Canada et d'assurer le suivi des plaintes sur les produits. De ce fait, AstraZeneca, ses représentants et l'administrateur du programme peuvent utiliser vos renseignements personnels et les transmettre à ces fins. Il est possible que ces personnes communiquent avec vous ou avec votre médecin pour obtenir des renseignements supplémentaires en vue de s'acquitter de ces obligations.

Possibilité de retrait du consentement

Vous pouvez retirer le présent consentement relatif aux renseignements personnels ou aux renseignements sur le remboursement du produit n'importe quand en envoyant une lettre à Programmes NavieGo limitée et sociétés affiliées, au 1234, rue Main, bureau 400, Moncton (Nouveau-Brunswick), E1C 1H7, Canada. Vous comprenez que le retrait de votre consentement relatif à vos renseignements personnels mettra fin à toute utilisation et divulgation supplémentaire des renseignements personnels et à votre participation au programme. Vous comprenez que votre retrait du consentement relatif aux renseignements pour le remboursement du produit ne mettra pas fin à l'utilisation ni à la divulgation de vos renseignements personnels ni à votre participation au programme. Le retrait du consentement de votre part ne sera pas rétroactif et n'aura aucune répercussion sur les activités associées à vos renseignements personnels avant votre retrait. Vous pouvez poser toute question sur la confidentialité et la conformité au responsable de la protection de la vie privée de l'administrateur du programme par courriel (gmaher@bioscript.ca) ou par téléphone (403-471-4779; numéro sans frais : 1-888-734-3814).

En ce qui a trait au programme Connexion360 de Fasenra, vous pouvez retirer le présent consentement relatif à vos renseignements personnels et/ou aux renseignements pour le remboursement du produit en tout temps, les répercussions étant les mêmes que celles décrites ci-dessus, en envoyant une lettre à Innomar, au 3470, rue Superior Court, Oakville (Ontario) L6L 0C4. Vous pouvez poser toute question sur la confidentialité et la conformité au responsable de la protection de la vie privée de l'administrateur du programme par courriel (connect360@innomar-strategies.com) ou par téléphone (1-833-360-2666).

Pour obtenir de l'information au sujet du produit, veuillez consulter vos fournisseurs de soins de santé, qui peuvent communiquer vos renseignements personnels à vos assureurs aux fins d'évaluation des options de remboursement de votre médicament.