

## Formulaire d'inscription et de consentement au Programme d'aide aux patients

**Le présent formulaire ne peut pas être traité sans la signature du médecin pour une demande initiale et le consentement signé du patient / de son représentant légal.**

Veillez télécopier ce formulaire dûment rempli au **1-800-268-0774** ou l'envoyer par courriel à l'adresse suivante :

[customer.relations1@astrazeneca.com](mailto:customer.relations1@astrazeneca.com)

Veillez remplir **tous les champs** pour réduire les retards au minimum. Pour obtenir des renseignements immédiats, veuillez composer le 1-800-461-3787.

### Critères d'inclusion : (doit répondre à tous les critères)

- Le patient doit être un résident ou citoyen canadien.
- Aucune version générique de remplacement n'est inscrite sur la liste de médicaments provinciale.
- Le patient n'a pas les moyens d'acheter ce médicament et n'a pas d'autre source de remboursement provincial, et/ou le patient ne peut assumer les coûts de la franchise, si la province offre une couverture.
- Le patient ne bénéficie pas d'une couverture par un régime d'assurance médicaments privé.
- Le patient ne répond pas aux critères d'inscription du régime provincial ou à ceux du Programme des services de santé non assurés (SSNA).

**SECTION 2 : CONSENTEMENT DU PATIENT – Voir la section Consentement et protection de la vie privée du patient au complet 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 communication de mes renseignements personnels et financiers conformément à ces modalités. Je comprends que si ma demande de recevoir le produit est approuvée, ce sera pour une période maximale d'une année, sauf si l'approbation est renouvelée après la période d'une année.

Signature du patient ou de son représentant légal

Date (JJ/MM/AAAA):

Si un consentement verbal a été reçu (ne s'applique ni en Alberta ni au Nouveau-Brunswick) :

La section Consentement et protection de la vie privée du patient ci-dessous 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 accordé (JJ/MM/AAAA) :

### SECTION 4 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PRODUIT

Nom et teneur du médicament et schéma posologique (p. ex. 5 mg, 1 f.p.j.)

Le patient répond-il à TOUS les critères d'admissibilité d'AstraZeneca susmentionnés? Oui / Non

Après approbation, un approvisionnement de 3 mois sera initialement expédié au bureau du médecin. Une demande verbale ou écrite est requise pour chaque réapprovisionnement de 3 mois.

Un nouveau formulaire doit être rempli après un an OU si le médicament ou le schéma posologique a changé.

### SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom du patient:	Nom du patient:		
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	Sexe : H F	Langue : Fr An	
Nom du représentant légal (s'il y a lieu) :			
Province du patient:			
Adresse courriel:			
Meilleur moment où vous joindre :    Matin    Après-midi    Soir			
N° de téléphone 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			
S'agit-il d'une première inscription?    Oui    Non			

### SECTION 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Prénom:	Nom:		
Nom et adresse de la clinique :			
Nom de l'administrateur / la personne-ressource au bureau :			
Ville:	Province:	Code postal:	
Adresse courriel de la personne-ressource au bureau :			
N° de téléphone au bureau :		N° de télécopieur au bureau	

### 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 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.

AstraZeneca se réserve le droit de demander ou de recueillir des renseignements personnels et financiers dans le but de confirmer que le patient répond aux critères susmentionnés pour toute demande nouvelle ou renouvelée. Dans cette éventualité, le patient devra fournir les renseignements demandés et consentir par écrit à ce qu'AstraZeneca recueille et conserve cette information aux fins d'évaluation.

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

Date (JJ/MM/AAAA) :

## CONSENTEMENT ET PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE DU PATIENT

Ce programme est parrainé par AstraZeneca Canada Inc. (« **AstraZeneca** ») et est administré par Programmes NavieGo (l'« **administrateur du programme** »), un tiers indépendant. AstraZeneca peut changer l'administrateur du programme à son entière discrétion, sans préavis.

Vous comprenez que le programme a pour but d'aider les patients en évaluant les possibilités de remboursement de leur traitement et en fournissant un soutien financier le cas échéant. Il n'a pas pour objet de fournir de conseils ni de diagnostics médicaux. 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 et avez décidé de commencer un traitement. Vous comprenez que (i) vous avez le droit de refuser de signer le présent formulaire de consentement, (ii) le cas échéant, vous ne pourrez avoir accès au programme, (iii) si le produit ou la version générique est offert à l'extérieur de ce programme, vous ne pourrez 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 la documentation requise dans la présente demande sont complets et exacts. Vous confirmez que vous ne disposez pas de ressources financières suffisantes pour payer le médicament qui a été prescrit. 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 d'aide aux patients d'AstraZeneca. 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 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 la santé (« **renseignements personnels** ») soient recueillis, utilisés 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. 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. copie de ma déclaration de revenus canadienne de la dernière année, deux relevés de paie récents ou des relevés de mes gains provenant des emplois que j'ai occupés au cours de la dernière année) 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'examen 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'examen des options de remboursement de votre médicament.

Vos renseignements personnels recueillis dans le cadre du programme feront l'objet de précautions 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 autorisés.

Vos renseignements personnels pourront être anonymisés et utilisés à des fins diverses, notamment pour permettre à AstraZeneca d'évaluer et d'améliorer ses programmes d'aide 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'accéder à mes renseignements personnels ou de les corriger en communiquant avec l'administrateur du programme aux coordonnées suivantes : Programmes NavieGo limitée et sociétés affiliées, au 1234, rue Main, bureau 400, Moncton (Nouveau-Brunswick), E1C 1H7, 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 les présents consentements relatifs 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 au remboursement du produit ne mettra pas fin à l'utilisation ni à la divulgation supplémentaire des 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).

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'examen des options de remboursement de votre médicament.