

## INSCRIPTION DU PATIENT ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### Renseignements sur le patient

Prénom		Nom de famille		
Adresse		Ville	Province	Code postal
Courriel		Téléphone cellulaire	Autre téléphone	Laisser un message <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre		
Numéro de carte d'assurance maladie (s'il y a lieu)		Information sur les allergies		
Nom de l'assureur privé (s'il y a lieu)				
Titulaire de la police:		N° de contrat :	N° de certificat :	

### Renseignements sur le prescripteur

Prénom		Nom de famille		Nom du cabinet		Adresse courriel du cabinet	
N° de téléphone du cabinet		N° de télécopie du cabinet		Timbre			
Adresse							
Ville		Province		Code postal			

### Ordonnance (Rx) Comprimés <sup>Pr</sup>Teva-Everolimus

Teneur (en choisir une) :		Quantité		Les patients inscrits peuvent profiter d'une assistance financière pour se procurer une solution orale sans alcool contenant un corticostéroïde, administrée sous forme de rinçage-bouche, qui peut aider à maîtriser certains des effets secondaires.
<input type="checkbox"/> Comprimés de 2,5 mg <input type="checkbox"/> Comprimés de 5 mg <input type="checkbox"/> Comprimés de 10 mg		Renouvellements		
Administration				Ordonnance pour solution orale ci-jointe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date (JJ/MM/AAAA)		Signature du prescripteur		N° de permis d'exercice du prescripteur

### Consentement du prescripteur (non requis si l'inscription est faite à la pharmacie)

J'autorise le Programme de soins aux patients sous Teva-Everolimus<sup>MS</sup> à me servir d'agent désigné pour faire suivre cette ordonnance par télécopieur ou par un autre mode de livraison à la pharmacie choisie par le patient susnommé. Cette ordonnance représente la commande originale du médicament délivré sur ordonnance au patient. Toute ordonnance antérieure d'évérolimus pour ce patient est annulée par les présentes, a été mise en sûreté et ne sera pas transmise. Je confirme que ce patient remplit les conditions requises pour entreprendre un traitement par l'évérolimus, conformément à la monographie de produit ainsi qu'aux contre-indications, mises en garde et précautions qui y sont décrites.

Signature du prescripteur		Nom du prescripteur		Date (JJ/MM/AAAA)	
---------------------------	--	---------------------	--	-------------------	--

### Consentement du patient

En apposant ma signature ci-dessous, je signifie ma volonté de participer au programme selon la description que m'en a donné mon médecin traitant et je déclare que j'ai lu et que je comprends très bien les termes de l'avis de confidentialité et du consentement du patient qui figurent au verso du présent formulaire.

Consentement verbal au Programme de soins aux patients sous Teva-Everolimus<sup>MS</sup> obtenu du patient identifié ci-dessus.  Oui  Non

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la communication de renseignements personnels tels qu'ils sont décrits à la page 2.  Oui  Non

Signature du patient		Nom du patient		Date (JJ/MM/AAAA)	
----------------------	--	----------------	--	-------------------	--

## AVIS DE CONFIDENTIALITÉ ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Le Programme de soins aux patients sous Teva-Everolimus<sup>MS</sup> (« le programme ») est un programme de Teva Canada Limitée (« Teva ») dont l'objectif est d'offrir une assistance pour le remboursement et d'apporter un soutien aux patients qui ont besoin d'un traitement par Teva-Everolimus. Teva a retenu les services d'un tiers fournisseur (le « tiers fournisseur ») pour administrer et gérer le programme au nom de Teva.

À Teva, nous nous sommes engagés à respecter la confidentialité de vos renseignements personnels. Il est important que vous compreniez comment les renseignements que vous fournissez dans le cadre de ce programme seront utilisés. Un renseignement personnel, c'est tout renseignement qui permet de vous identifier. Les renseignements personnels comprennent, sans toutefois s'y limiter, votre nom, votre adresse, votre adresse courriel, votre numéro de téléphone, votre sexe et votre âge. Si vous faites une demande d'aide au remboursement du médicament, nous pourrions avoir besoin de vos états financiers, de vos déclarations de revenus, de vos dossiers d'emploi et de votre numéro d'assurance sociale. Conformément aux lois et règlements applicables, Teva a mandaté le tiers fournisseur (« le tiers fournisseur ») pour la gestion de la collecte et du traitement des renseignements personnels dans le cadre du programme. À l'exception des obligations légales de Teva qui sont décrites aux présentes, Teva n'aura accès à vos renseignements personnels que sous forme de données cumulatives et non identifiables.

En acceptant de participer au programme, vous acceptez de communiquer vos renseignements personnels au tiers fournisseur ainsi qu'à votre professionnel de la santé. Ces renseignements s'ajouteront à la documentation déjà réunie et seront versés dans la base de données du programme; ils seront utilisés pour permettre l'inscription au programme et pour atteindre ses objectifs.

Relativement aux objectifs du programme, vos renseignements personnels pourraient être divulgués :

- à votre professionnel de la santé pour l'inscription au programme et le traitement qui s'y rattache;
- à vos assureurs ainsi qu'aux organismes gouvernementaux aux fins de traitement des demandes de remboursement;
- aux professionnels de la santé pour les besoins de votre traitement (les « besoins »).

Le dossier qui contient vos renseignements personnels sera mis à la disposition des employés, des entrepreneurs ou des agents autorisés du tiers fournisseur qui doivent accéder aux renseignements pour les besoins. Nous nous sommes assurés par contrat que le tiers fournisseur garantit un niveau élevé de protection des renseignements personnels et qu'il est responsable de la sécurité de ces renseignements. Il n'est autorisé à collecter, utiliser ou divulguer les renseignements personnels qu'en cas de nécessité pour effectuer les services relativement aux besoins du programme, tels qu'ils sont décrits aux présentes, ou pour observer ses obligations légales. Les renseignements personnels seront conservés essentiellement dans une base de données électronique sécurisée.

Vos renseignements personnels seront communiqués à Teva de la façon suivante : le tiers fournisseur fera parvenir à Teva des rapports décrivant les données et les résultats du programme d'une manière cumulative et non identifiable. En aucun cas les renseignements personnels ne seront communiqués, divulgués ou transférés à Teva. Plus particulièrement, les données statistiques liées au programme seront présentées d'une manière cumulative et non identifiable avant d'être communiquées à Teva, aux professionnels de la santé ainsi qu'à d'autres tiers, suivant le cas. Teva peut distribuer ou publier ces données statistiques de quelque façon que ce soit.

Teva se réserve le droit de transférer les renseignements personnels liés au programme qui portent sur la vente ou le transfert de la totalité ou d'une portion de ses affaires ou de ses biens, ou de ses droits y afférents. Advenant une vente ou un transfert de cette nature, nous demanderons au bénéficiaire d'utiliser et de divulguer les renseignements personnels que vous avez fournis dans le cadre de ce programme d'une manière qui est compatible avec les besoins exprimés aux présentes.

Vous consentez à ce que le tiers fournisseur du programme communique avec vous par téléphone, par texto ou par courriel et à ce qu'il échange des renseignements personnels par téléphone, par télécopie ou par courriel avec votre assureur et vos fournisseurs de soins de santé afin d'établir votre admissibilité au programme et d'exécuter les services offerts par le programme. Le courriel et le SMS peuvent être utilisés dans le courant de votre participation au programme pour vous informer de votre statut dans le cadre du programme et pour fournir les services offerts par le programme, de même que les avis et les rappels. Vous reconnaissez que ni le courriel ni le SMS ne sont des modes de communication sécurisés et qu'il serait facile pour un tiers d'accéder aux courriels et aux textos pour prendre connaissance de leur contenu. Vous avez l'option d'autoriser la communication électronique, mais vous pouvez retirer votre autorisation à tout moment.

Si vous fournissez des renseignements sur un événement indésirable intervenu pendant que vous utilisiez un produit de Teva, il se peut que nous utilisions les renseignements que vous avez fournis pour soumettre des déclarations d'effets indésirables à Santé Canada et/ou aux autres organismes de réglementation compétents. Nous pourrions avoir besoin d'entrer en communication avec vous et/ou votre professionnel de la santé pour obtenir des renseignements complémentaires. Vous comprenez que nous sommes tenus d'observer la loi et que, pour cette raison, nous ne serons peut-être pas autorisés à satisfaire votre demande de modification ou de suppression des renseignements personnels que vous nous avez fournis ou que vous avez fournis à un tiers concernant un événement indésirable intervenu pendant que vous utilisiez un produit Teva. La procédure de déclaration des effets indésirables peut inclure des sociétés affiliées de Teva ou des fournisseurs tiers dont les services ont été retenus exclusivement à cet effet et/ou être gérée par ceux-ci. La base de données n'est accessible qu'aux employés, aux agents d'exécution ou aux fournisseurs de services autorisés qui ont besoin des renseignements dans l'exercice de leurs fonctions de pharmacovigilance.

La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels envisagées aux présentes pourraient impliquer un transfert de l'information dans des territoires qui sont situés à l'extérieur de votre pays de résidence et qui n'ont pas nécessairement des lois et des règlements équivalents concernant les renseignements personnels. Les mesures contractuelles raisonnables que nous sommes susceptibles de prendre afin de protéger les renseignements personnels durant leur traitement ou leur exploitation par ces tiers sont assujetties aux obligations applicables en vertu de la législation étrangère, par exemple l'obligation légale de divulguer les renseignements personnels aux autorités gouvernementales de ces pays. Le tiers fournisseur ne conservera les renseignements personnels que le temps qu'il faudra pour satisfaire les besoins et n'est pas autorisé à, et ne saurait pas, transférer vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada.



## AVIS DE CONFIDENTIALITÉ ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Vous avez certains droits d'accès à vos renseignements personnels contenus dans le fichier vous concernant pour les rectifier, le cas échéant; afin d'exercer ce droit, ou si vous avez des questions à formuler, des commentaires à faire ou des préoccupations à exprimer, vous pouvez utiliser les coordonnées fournies ci-dessous. Si les renseignements personnels collectés sont incorrects, inexacts ou périmés, le tiers fournisseur corrigera ces renseignements dans un délai raisonnable. Teva consent par les présentes à respecter les dispositions stipulées dans la législation fédérale ou provinciale applicable en matière de protection de la vie privée. Dans la mesure où une protection supplémentaire vous est fournie conformément à la législation applicable en matière de protection de la vie privée et où ladite protection n'est pas stipulée aux présentes, Teva consent à prendre les dispositions voulues pour donner pleinement effet à cette protection supplémentaire.

Si vous avez des questions à formuler, des commentaires à faire ou des préoccupations à exprimer au sujet de nos pratiques en matière de protection de la vie privée ou si vous désirez accéder à vos renseignements pour les corriger, veuillez communiquer avec le Programme de soins aux patients sous Teva-Everolimus<sup>MS</sup> au 1-877-445-6984 (ouvert du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h HNE).

Le Programme de soins aux patients sous Teva-Everolimus<sup>MS</sup> est un programme à participation volontaire. Vous pouvez annuler votre participation à tout moment sans fournir d'explications en communiquant avec le programme. Une fois votre participation annulée, vos renseignements personnels ne seront plus utilisés, à l'exception des renseignements déjà fournis au moment de l'annulation, lesquels pourront être utilisés sous forme de données cumulatives et non identifiables pour les besoins du programme.

Teva se réserve le droit de modifier le programme, y compris ses critères d'admissibilité, ou de supprimer celui-ci à tout moment et sans préavis. Le présent formulaire d'autorisation demeurera valide aussi longtemps que je bénéficierai des services du programme.