



Le formulaire doit être rempli par le pharmacien. Veuillez faxer le formulaire complété au 1-855-81SIVEM ou l'envoyer par courriel à sivemhorizon@patientassistance.ca. Notre spécialiste contactera le patient dans un délai d'un jour ouvrable pour finaliser l'inscription au programme.

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Prénom Nom Date de naissance
AAAA-MM-JJ

Adresse Ville Province Code postal

Courriel Numéro de téléphone Autorisation de laisser un message vocal Oui Non

Genre Homme Femme Autre Langue de préférence Anglais Français Couverture d'assurance Privée Publique Non assuré

INFORMATIONS SUR LE TUTEUR LÉGAL OU PROCHE AIDANT

Prénom Nom Numéro de téléphone Date de naissance
AAAA-MM-JJ

INFORMATIONS DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ INSCRIVANT LE PATIENT

Infirmier.ère Médecin Pharmacien.ne Prénom Nom

Adresse de la pharmacie Numéro de téléphone Fax

Téléphone du bureau Email

INFORMATIONS SUR LA PRESCRIPTION

Prénom du prescripteur

Nom du prescripteur

Téléphone du bureau

Fax du bureau

Courriel

Hôpital/Clinique

Adresse

Ville Province Code postal

MÉDICAMENT PRESCRIT

Veuillez joindre l'ordonnance ou demander au prescripteur de remplir cette section.

SIVEM Imatinib 100 mg (DIN 2521202)

SIVEM Imatinib 400 mg (DIN 2521210)

Quantité prescrite Renouvellements autorisés

Directions

Numéro de licence du médecin (si applicable)

Signature du professionnel de la santé

Date (AAAA-MM-JJ)

CONSETEMENTS (À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ET LE PATIENT)

J'ai lu et compris le formulaire de consentement aux services ci-joint et j'accepte que McKesson Canada Corporation et ses affiliés utilisent et divulguent mes renseignements personnels comme décrit.

J'autorise l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels à des fins commerciales ou d'études de marché.

J'autorise l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels à des fins commerciales ou d'études de marché.

Signature du patient ou de la personne proche aidant ou tuteur légal

Relation avec le patient

Nom en lettres moulées du patient ou de la personne proche aidant ou du tuteur légal

Date

Nom du professionnel de la santé

Signature du professionnel de la santé

Date

CONSETEMENT VERBAL (À L'USAGE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ, SI APPLICABLE)

En signant ci-dessous, je certifie que j'ai obtenu le consentement explicite et éclairé du patient (ou de son représentant légal) et que j'ai respecté toutes les exigences légales ou réglementaires applicables nécessaires pour fournir au commanditaire ou à ses agents, à l'administrateur du programme et à ses employés, les informations décrites dans le formulaire de consentement aux services figurant à la page 2 ainsi que toute autre information pertinente pour fournir les services du programme.

Nom du professionnel de la santé Signature du professionnel de la santé





FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU SERVICE

Patient Consent

McKesson Canada Corporation et ses filiales (ci-après « l'Administrateur du programme ») traiteront les renseignements personnels du patient pour le compte de Sivem Pharmaceuticals ULC (ci-après « le Commanditaire »). Ces renseignements personnels comprennent des informations individuelles telles que le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et la date de naissance, ainsi que des données démographiques telles que l'âge et le sexe. Ils incluent également des informations financières liées à toute demande formulée dans le cadre du programme, ainsi que des renseignements médicaux portant sur les antécédents médicaux, les conditions de santé, les traitements et la couverture d'assurance maladie. L'Administrateur du programme collectera ces renseignements directement auprès du patient ou, selon les besoins, auprès du Commanditaire, des fournisseurs d'assurance et des professionnels de la santé. Ces informations seront utilisées afin d'administrer le programme, de communiquer avec le patient, d'auditer et de surveiller le programme, ainsi que pour réaliser toutes les activités requises ou autorisées par la loi, notamment le suivi des plaintes liées aux produits et la déclaration des effets indésirables. Elles permettront également la fourniture des services du programme, y compris le soutien aux professionnels de santé, l'assistance dans les communications avec les administrateurs de régimes d'assurance et les compagnies d'assurance afin d'obtenir la couverture du médicament prescrit, la transmission d'informations sur la couverture d'assurance aux professionnels de la santé ainsi que l'accompagnement du patient dans le cadre de son traitement. L'Administrateur du programme pourra également utiliser ces renseignements pour les combiner avec ceux d'autres patients ou pour les anonymiser et les agréger en vue d'évaluations et d'analyses de données, dans le but de mieux comprendre et d'améliorer les services offerts, de mener des recherches visant à améliorer les soins de santé et d'élaborer des rapports pouvant être transmis au Commanditaire. Les renseignements personnels du patient pourront être partagés avec les employés, agents, consultants et prestataires de services de l'Administrateur du programme, avec les professionnels de santé et d'autres tiers, notamment les assureurs, ainsi qu'avec le Commanditaire, dans la mesure où cela est nécessaire à l'administration du programme et à la prestation des services ou lorsque requis par la loi. Si un nouvel administrateur de programme est désigné par le Commanditaire, les renseignements personnels du patient pourront être transférés afin d'assurer la continuité des services du programme. L'Administrateur du programme pourra stocker ou transférer ces informations en dehors de la juridiction du patient, sous réserve du respect des lois applicables et de la mise en place de mesures de protection adéquates. Les renseignements personnels seront conservés aussi longtemps que le programme sera en vigueur et aussi longtemps que nécessaire après sa cessation pour répondre aux exigences légales, notamment en matière de conservation des dossiers médicaux. Le patient peut retirer son consentement en tout temps en adressant une demande écrite à l'Administrateur du programme. Toutefois, il est entendu que ce retrait mettra fin à sa participation au programme, dans la mesure où ces renseignements sont indispensables à la prestation des services. L'Administrateur du programme conservera néanmoins les renseignements collectés avant le retrait du consentement et pourra continuer à les utiliser ou à les divulguer si la loi l'exige, si l'utilisation ou la divulgation est autorisée sans consentement, si les données ont été anonymisées ou agrégées, ou encore si cela est nécessaire pour compléter ou interrompre un service en cours. Par la présente, le patient consent expressément à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ses renseignements personnels telles que décrites ci-dessus, y compris pour les évaluations et les analyses de données visant à améliorer les services offerts dans le cadre du programme.

Consentement du professionnel de santé

McKesson Canada Corporation et ses filiales (ci-après « l'Administrateur du programme ») traiteront les renseignements personnels du professionnel de la santé dans le cadre de l'administration du programme. Ces renseignements comprennent des informations individuelles telles que le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et le numéro de licence, ainsi que des données relatives aux activités professionnelles du professionnel dans le cadre du programme. Ces informations seront collectées directement auprès du professionnel de la santé ou, si nécessaire, auprès du Commanditaire, de l'établissement de santé concerné ou d'autres professionnels de la santé. L'Administrateur du programme utilisera ces informations pour administrer le programme, communiquer avec le professionnel de la santé, auditer et surveiller le programme, ainsi que pour accomplir les activités requises ou autorisées par la loi, y compris la déclaration des effets indésirables. Ces renseignements permettront également la fourniture des services du programme, notamment le soutien aux professionnels de santé, l'assistance dans la communication avec les administrateurs de régimes d'assurance et les compagnies d'assurance afin d'obtenir la couverture du médicament prescrit, la transmission d'informations sur la couverture d'assurance aux professionnels de la santé ainsi que l'accompagnement du patient dans le cadre de son traitement. L'Administrateur du programme pourra également utiliser ces informations pour les combiner avec celles d'autres professionnels de la santé ou pour les anonymiser et les agréger en vue d'évaluations et d'analyses de données, afin d'améliorer la prestation des services. Ces données pourront également être utilisées à des fins de recherche commerciale ou d'études de marché. Les renseignements personnels du professionnel de la santé pourront être partagés avec les employés, agents, consultants et prestataires de services de l'Administrateur du programme, avec les assureurs et les professionnels de santé impliqués dans le programme, ainsi qu'avec le Commanditaire, si cela est nécessaire à l'administration du programme ou si la loi l'exige. Si un nouvel administrateur de programme est désigné par le Commanditaire, les renseignements personnels du professionnel de la santé pourront être transférés à ce nouvel administrateur afin d'assurer la continuité des services du programme. L'Administrateur du programme pourra stocker ou transférer ces informations en dehors de la juridiction du professionnel de la santé, sous réserve du respect des lois applicables et de la mise en place de mesures de protection adéquates. Ces renseignements seront conservés aussi longtemps que le programme sera en vigueur et aussi longtemps que nécessaire après sa cessation pour répondre aux exigences légales. Le professionnel de la santé peut retirer son consentement en tout temps en adressant une demande écrite à l'Administrateur du programme. Toutefois, il est entendu que l'Administrateur du programme conservera les renseignements collectés avant le retrait du consentement et pourra continuer à les utiliser ou à les divulguer si la loi l'exige, si l'utilisation ou la divulgation est autorisée sans consentement, si les données ont été anonymisées ou agrégées, ou encore si cela est nécessaire pour compléter ou interrompre un service en cours. Par la présente, le professionnel de la santé consent expressément à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ses renseignements personnels telles que décrites ci-dessus, y compris pour les évaluations et les analyses de données visant à améliorer les services offerts dans le cadre du programme.

