

Patient Information

Nom Patient¹ : _____
 Sexe: Homme Femme Autre: _____
 Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____
 N° et nom de rue : _____
 Ville : _____ Province: _____ Code Postal: _____
 Diagnostic : _____
 Antécédents relatifs à l'adalimumab:
 Jamais traité(e) Changement de traitement
 Courriel : _____
 N° de tél. à privilégier : _____
 Laisser message OK : O N
 Autre numéro à contacter : _____
 Laisser message OK : O N
 Langue préférée : FR AN Autre : _____

Bilan médical - Le PSP va coordonner :

Rayons X TB test cutané TB test QuantiFERON
 Autre : _____

Détails de l'évaluation du psoriasis (veuillez remplir s'il y a lieu)

Psoriasis

Étendue (%) de la SC: _____ Échelle PASI : _____ Indice DLQI : _____

Visage Mains Pieds Organes génitaux Autre

Hidradénite suppurée

Site(s): _____ Stade de Hurley : _____ Nombre total d'abcès et de nodules inflammatoires : _____

Traitement antérieur

Psoriasis

	Raison de l'arrêt du traitement	Durée
<input type="checkbox"/> Méthotrexate		
<input type="checkbox"/> Acitrétine		
<input type="checkbox"/> Cyclosporine		
<input type="checkbox"/> Agents topiques		
<input type="checkbox"/> Autre: _____		
<input type="checkbox"/> Phototherapie**		

Hidradénite suppurée

	Raison de l'arrêt du traitement	Durée
<input type="checkbox"/> Antibiotiques [§]		

** Chez les patients atteints de psoriasis en plaques chronique modéré, l'Idacio^{MD} ne devrait être administré que lorsque la phototherapie s'est révélée inefficace ou inappropriée.
 § S'il y a lieu, l'antibiothérapie peut être poursuivie pendant le traitement avec l'Idacio^{MD}.

Informations médecin prescripteur

Nom du prescripteur : _____
 N° de permis : _____
 Nom de la clinique : _____
 Contact primaire à la clinique : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____
 Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Renseignements d'ordonnance - Sélectionnez un diagnostic, la posologie et la durée

- Psoriasis en plaques chez l'adulte (PsO)**
 Hidradénite suppurée (HS) chez les adolescents (âgés de 12 à 17 ans pesant 30 kg ou plus)
 IDACIO^{MD} 80 mg* à la semaine 0 (s.c.), puis 40 mg toutes les 2 semaines à compter de la semaine 1 (s.c.)
 Hidradénite suppurée (HS) chez les adultes
 160 mg* d'IDACIO^{MD} à la semaine 0 (s.c.); 80 mg* d'IDACIO^{MD} à la semaine 2 (s.c.), puis 40 mg toutes les semaines à compter de la semaine 4 (s.c.)

* Administré à raison de 2 injections de 40 mg le même jour; † Peut être administré en 1 seule journée (4 injections de 40 mg) ou réparti sur 2 jours consécutifs (2 injections de 40 mg/jour)

IDACIO^{MD} — autre posologie (précisez) :

Durée : 3 mois 6 mois 12 mois

Autre: _____

Présentation: Auto-injecteur

Je reconnais par la présente que je suis le médecin traitant du patient et que le patient est prêt à commencer le traitement. J'autorise KabiCare à être mon agent désigné pour transmettre cette prescription par télécopie, ou autre mode de livraison, à la pharmacie choisie par la personne nommée ci-dessus. Cette prescription représente la commande initiale du médicament sur ordonnance. La pharmacie choisie par le patient est le seul destinataire prévu et il n'y en a pas d'autres.

Signature: _____ Date (jj/mm/aaaa): _____

- Bilan prébiologique en cours
 Le patient est prêt à commencer le traitement
 Le patient a besoin d'une formation à l'injection

Autres notes : _____

Consentement patiente/patient

J'ai lu ce formulaire, y compris le Consentement, ou il m'a été lu. J'accepte de m'inscrire au Programme de soutien aux patients KabiCare et j'autorise l'utilisation et la divulgation des renseignements qui me concernent, comme le décrit ce formulaire.

Signé par : Patient Représentant légal

Signature : _____

Nom du représentant légal : _____

Date (jj/mm/aaaa) : _____

Lien avec le patient : _____

IMPORTANT: Si vous ne parvenez pas à obtenir le consentement écrit du patient/représentant légal, veuillez indiquer quand le consentement verbal a été obtenu et par qui. Cela permettra au Programme d'assistance aux patients KabiCare de poursuivre le traitement de cette inscription.

Consentement verbal obtenu du :

Patient Représentant légal

Nom du représentant légal : _____

Consentement verbal obtenu par : _____

Lien avec le patient : _____

Signature: _____

Date (jj/mm/aaaa) : _____

t: 1 (888) 304-2034 c: info@kabicare.ca

Formulaire d'inscription du patient & Conditions générales et modalités du Programme

Nous respectons votre droit à la protection de la confidentialité de vos renseignements personnels.
Veuillez lire et accepter ces modalités (« Accord ») afin de vous inscrire au Programme de soutien aux patients KabiCare (le « Programme »).

On m'a prescrit IDACIO^{MD} (adalimumab) et je souhaite m'inscrire au Programme proposé par Fresenius Kabi (« FK »), Programme qui est actuellement administré au nom de FK par Sentrex Health Solutions (« l'administrateur »). **Je comprends et j'accepte ce qui suit :**

- La participation au Programme n'est pas requise pour accéder au traitement IDACIO^{MD}. Comme la participation au Programme est entièrement volontaire, je peux accorder ou refuser mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels, comme décrit ci-dessous, à ma seule discrétion.
- En signant ci-dessous, je consens aux modalités et conditions du présent Accord, et je comprends que :
 - J'ai le droit de recevoir un exemplaire du présent Accord;
 - Les références au « Programme » et au « Personnel du Programme » dans le présent Accord incluent FK, l'administrateur et leur personnel respectif qui sont impliqués dans la conception, l'administration et la mise en œuvre du Programme. En conséquence, certains renseignements identifiables me concernant, y compris mes renseignements de santé personnels (« Renseignements personnels ») seront collectés, utilisés et divulgués par l'administrateur et/ou FK comme décrit ci-dessous, et ces renseignements personnels peuvent être partagés par l'administrateur avec FK et vice versa.
- Le Programme impliquera la collecte des renseignements personnels suivante me concernant :
 - Mes coordonnées — c.-à-d., mes nom, adresse postale, adresse de courriel, numéro(s) de téléphone; renseignements démographiques — c.-à-d. ma date de naissance, mon sexe; mes informations financières; et mes antécédents médicaux, mes plans de traitement, mes résultats de laboratoire, ma couverture d'assurance, mon numéro d'identification de régime d'avantages sociaux, mon numéro de carte Santé gouvernemental (« Renseignements de santé personnels »).
- Mes renseignements personnels seront utilisés pour m'inscrire au Programme, communiquer avec moi, administrer le Programme, fournir les services et se conformer aux exigences légales (collectivement, les « fins autorisées »). Je comprends que les références aux « Services » dans les présentes signifient les services offerts par le Programme, y compris, sans s'y limiter, les services de remboursement et d'aide à la navigation financière, d'éducation, de formation et de coordination avec la pharmacie.
- Mes renseignements personnels ne seront pas utilisés par FK ou l'administrateur à toute autre fin, sauf si je donne mon consentement ou si une telle utilisation est requise par les lois en vigueur ou autorisée sans mon consentement conformément à la législation applicable en matière de protection de la vie privée.
- Mes renseignements personnels seront conservés électroniquement en Ontario, au Canada.
- Mon médecin et d'autres professionnels de la santé et/ou l'assureur maladie (« Fournisseurs de soins de santé ») peuvent divulguer mes renseignements personnels à FK et/ou à l'administrateur, et je consens à ce que FK et/ou l'administrateur recueillent mes renseignements personnels auprès de ces tierces parties pour les fins autorisées.
- Mes renseignements personnels seront divulgués par FK et/ou l'administrateur aux personnes suivantes :
 - Mes fournisseurs de soins de santé, aux fins autorisées et pour me fournir des soins de santé; les fournisseurs de services et les affiliés du Programme, qui n'utiliseront ces renseignements qu'aux fins autorisées; ou d'autres tiers, avec mon consentement, ou si la loi applicable le permet ou l'exige, y compris à mon insu ou sans mon consentement (p. ex., à des fins de prévention de fraude ou dans le cadre d'une vente d'entreprise ou en vertu d'une ordonnance du tribunal ou d'une demande réglementaire, ou encore aux autorités sanitaires, comme décrit ci-dessous).
- Mes renseignements personnels peuvent être combinés avec les renseignements d'autres personnes pour générer des données anonymes agrégées. Ces données peuvent être utilisées par FK, l'administrateur et/ou leurs fournisseurs de services pour gérer, améliorer et perfectionner le Programme, pour concevoir et mettre en œuvre d'autres programmes destinés aux patients, et à des fins de recherche, de publications, d'éducation.
- FK a l'obligation légale de déclarer les effets indésirables des médicaments à Santé Canada et aux autorités sanitaires internationales et de surveiller les plaintes relatives aux produits. Les renseignements personnels fournis au Programme peuvent être (i) surveillés par FK ou ses fournisseurs de services à la recherche soit de données concernant la sécurité d'emploi/innocuité du médicament, soit de plaintes concernant les produits, et (ii) communiqués aux autorités sanitaires locales ou internationales. FK peut me contacter ou contacter mes fournisseurs de soins de santé pour obtenir des informations supplémentaires afin de remplir ses obligations de génération de rapports.
- Le Programme peut me contacter par tout moyen (p. ex., téléphone, texto, courriel, courrier postal, télécopie, etc.) aux fins de l'administration ou de l'amélioration du Programme (y compris l'envoi de questionnaires), et de la prestation des services.
- FK peut transférer mes données personnelles à un tiers dans le cadre de la vente ou du transfert de la totalité ou d'une partie de ses activités ou de ses actifs. Je comprends que le récipiendaire du transfert ne recueillera, n'utilisera et ne divulguera ces renseignements personnels que d'une manière qui soit conforme au présent Accord;
- Je peux retirer ou révoquer mon consentement à tout moment en envoyant une demande signée à l'administrateur par courrier, par courriel ou par télécopieur, mais si je le fais, je comprends que dans la mesure où ce consentement est nécessaire à la prestation des services dans le cadre du Programme, ma participation au Programme et mon accès aux services, y compris le remboursement et l'aide au copaiement, peuvent être résiliés. Je comprends que le retrait de mon consentement ne m'empêche pas de recevoir le traitement IDACIO^{MD}. Si je retire mon consentement, le Programme peut conserver des renseignements personnels pour satisfaire aux exigences légales.
- Mes renseignements personnels peuvent être recueillis, consultés, utilisés, divulgués, transmis et/ou conservés en dehors de ma province ou du Canada. Je comprends que les renseignements transférés ou conservés hors du Canada peuvent être accessibles à des tribunaux, des autorités policières et réglementaires de pays étrangers.
- Je suis conscient des raisons pour lesquelles mes renseignements de santé personnels sont requis dans le cadre du Programme, ainsi que des risques et des avantages que comporte pour moi le fait de consentir ou de refuser de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements de santé personnels, comme le décrit le présent Accord.
- Je peux accéder, examiner et/ou demander une copie de mes renseignements personnels, mettre à jour ces renseignements personnels, corriger toute erreur dans mes renseignements personnels et/ou poser des questions concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels en contactant l'administrateur. Je peux également contacter l'administrateur afin d'obtenir l'accès à des renseignements écrits sur les politiques et les pratiques de FK et/ou de l'administrateur en ce qui concerne la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation des renseignements personnels par les fournisseurs de services et les sociétés affiliées du Programme à l'extérieur du Canada.
- Toute aide financière qui m'est fournie par le biais du Programme peut constituer un revenu à déclarer à des payeurs publics ou privés ou à des organismes gouvernementaux, et je suis seul responsable de cette déclaration ainsi que de la conformité à l'acceptation de cette aide financière.
- Mes renseignements personnels ne seront conservés par FK et l'administrateur que pendant le temps nécessaire à la réalisation des objectifs pour lesquels ils ont été recueillis et afin de se conformer aux lois applicables.
- Mes renseignements personnels ne peuvent être collectés, utilisés et divulgués sans mon consentement que dans la mesure où les lois en vigueur le permettent ou l'exigent. En particulier, mes renseignements de santé personnels ne peuvent être collectés, utilisés ou divulgués sans mon consentement que conformément à la législation applicable en matière de protection de la santé.
- L'administrateur, Sentrex Health Solutions, est situé au 3-250 Shields Court, Markham, ON, Canada, L3R 9W7. Je peux contacter l'administrateur pour retirer ou révoquer mon consentement, ou pour poser des questions, par téléphone au 1 888 304-2034, par courriel à info@kabicare.ca, ou par télécopieur au 1 888 304-2014. FK peut changer d'administrateur sur notification écrite qui m'est adressée et je consens à ce que mes renseignements personnels soient transférés à un nouvel administrateur pour les fins autorisées. Dans pareil cas, FK enverra un avis avec les coordonnées du nouvel administrateur à l'adresse postale ou à l'adresse électronique que j'ai fournie au Programme.
- FK peut mettre fin au Programme ou le modifier, ou encore modifier certaines conditions d'admissibilité, à tout moment et sans préavis. En outre, FK peut modifier le présent Accord à tout moment pour tenir compte des modifications apportées aux lois concernées, aux politiques de l'entreprise ou aux pratiques commerciales. En cas de modifications importantes, je serai informé par écrit avant que ces modifications n'entrent en vigueur.