

Formulaire d'inscription du patient

Télécopier le formulaire dûment rempli au 1-833-71-EYLEA

Télécopieur: 1-833-71-EYLEA (1-833-713-9532) **Téléphone:** 1-833-61-EYLEA (1-833-613-9532)

Courriel: info@contacteylea.ca

Vous pouvez joindre les questionnaires de cas du programme de 9 h à 20 h (HE), du lundi au vendredi.



EYLEA® pour le traitement du diagnostic ci-dessous

OBVR (occlusion de la branche

veineuse rétinienne)

OVCR (occlusion de la veine centrale de la rétine)

OMD (œdème maculaire diabétique)

NVC myopique (néovascularisation

choroïdienne myopique)

DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge)

Assurance médicament

Remboursement par un régime public

Remboursement par un régime privé

Directement par le patient

Le programme de soutien aux patients EYLEA® EYE-Q/NOW vise à faciliter l'accès à EYLEA®. En s'inscrivant au programme de soutien aux patients EYLEA® EYE-Q/NOW, votre patient recevra les services de transition pour EYLEA®, une assistance relative au remboursement et une aide financière. Veuillez remplir ce formulaire avec votre patient, puis l'envoyer par télécopieur au programme de soutien aux patients EYLEA® EYE-Q/NOW pour amorcer le processus d'inscription. Le patient sera inscrit au programme pendant toute la durée de son traitement, à moins qu'il ne se retire. Un questionnaire de cas du programme communiquera avec le patient pour lui expliquer plus en détail les programmes et services offerts dans les 24 heures ouvrables suivant la réception du présent formulaire dûment rempli.

A. Renseignements sur le médecin prescripteur

Nom du médecin prescripteur: _____

Nom et adresse de la clinique: _____

Rx: EYLEA® (aflibercept, solution pour injection intravitréenne), 2 mg (0,05 mL) **EYLEA® NOW – Flacons utilisés:** 0 flacon 1 flacon 2 flacons

Sig: Pour injection intravitréenne Œil droit Œil gauche Deux yeux **REN.:** Jusqu'à 3, au besoin

En apposant ma signature, je confirme que le patient a reçu une ordonnance d'EYLEA® pour le traitement indiqué ci-haut.

Signature: _____ **Date (jj-mm-aa):** _____

B. Renseignements sur le patient

Nom: _____

Date de naissance (jj-mm-aa): _____

Adresse (rue, ville, province): _____

Compagnie d'assurance privée: _____

Téléphone: _____ **Cellulaire:** _____

Courriel: _____

Langue préférée: Anglais Français Autre: _____

Méthode de communication à privilégier:

Courriel Téléphone Cellulaire

Meilleur moment pour vous appeler:

Avant-midi Après-midi Soirée

Peut-on laisser un message? Oui Non

*Veuillez remplir
les renseignements
sur le patient ou apposer
l'étiquette du patient.*

C. Consentement du patient

Je, soussigné, ai lu les modalités et conditions et comprends et accepte les services offerts par le programme de soutien aux patients EYLEA® EYE-Q/NOW; j'ai aussi donné mon autorisation au verso du présent formulaire.

Signature du patient: _____ **Date (jj-mm-aa):** _____

Si le patient donne son consentement verbal pour sa participation au programme, mais ne signe pas ci-dessus:

Consentement verbal fourni par: _____ **Date (jj-mm-aa):** _____

Signature du professionnel de la santé: _____ **Date de l'injection (jj-mm-aa):** _____

Assurez-vous que le présent formulaire est dûment rempli pour éviter les retards administratifs inutiles.

Formulaire d'inscription du patient

Télécopier le formulaire dûment rempli au 1-833-71-EYLEA

Consentement du patient

(Si le patient consent verbalement à participer au programme, mais ne signe pas le formulaire d'inscription, la signature du professionnel de la santé est requise, tel qu'il est indiqué à la page 1 de ce formulaire. Après réception du formulaire d'inscription dûment rempli, un spécialiste du programme communiquera avec le patient pour obtenir son consentement final.)

Le programme de soutien aux patients EYLEA® EYE-Q/NOW (le « programme ») est financé par Bayer Inc., dont les bureaux sont situés au 2920 Matheson Boulevard East, Mississauga (Ontario), L4W 5R6 (« Bayer »).

Le fournisseur de services agissant au nom de Bayer Inc. à la clinique de votre médecin est Sentrex Health Solutions Inc. (le « fournisseur de services »).

Vous êtes invité à participer au programme de soutien aux patients EYLEA® EYE-Q/NOW destiné aux patients ayant reçu un diagnostic d'OBVR, d'OVCR, d'OMD, de NVC myopique ou de DMILA humide à qui on a prescrit EYLEA®. Avant de décider de participer ou non, prenez le temps de lire les renseignements suivants expliquant l'objectif de ce programme et ce qui arrivera si vous y prenez part.

Ce document comporte deux parties : **Les renseignements sur le patient** et une **déclaration de consentement**.

Renseignements sur le patient

L'objectif du programme de soutien aux patients EYLEA® EYE-Q/NOW est de fournir des services de transition pour EYLEA®, ainsi qu'une assistance relative au remboursement et une aide financière associées à EYLEA® aux patients à qui on a prescrit EYLEA® pour le traitement de l'OBVR, de l'OVCR, de l'OMD, de la NVC myopique ou de la DMILA humide, et ce, pendant toute la durée de leur traitement.

La participation à ce programme est entièrement volontaire. Si vous décidez de ne pas y prendre part, cela n'aura aucun effet sur vos soins de santé. Vous pouvez également vous retirer du programme en tout temps, sans donner de raison. Il suffit d'en informer le fournisseur de services. Si vous souhaitez obtenir des précisions ou de plus amples renseignements, adressez-vous à votre professionnel de la santé ou à la personne-ressource du programme.

La participation à ce programme n'entraîne aucuns frais supplémentaires. Elle implique des communications avec le fournisseur de services par la poste, par téléphone et/ou par courriel, qui vous permettront d'obtenir l'information et le soutien pertinents relativement à votre traitement par EYLEA® et de déterminer votre admissibilité au remboursement.

Énoncé sur la confidentialité pour le patient

Cet énoncé sur la confidentialité décrit de quelle façon vos renseignements personnels sont recueillis, utilisés et divulgués par Bayer et par le fournisseur de services pour Bayer en lien avec ce programme. Les renseignements personnels incluent notamment des données d'identification comme vos nom, adresse, numéro de téléphone, adresse électronique, votre affection et vos antécédents médicaux, votre traitement ou des renseignements financiers comme votre régime d'assurance.

Tous vos renseignements personnels sont confidentiels et ne seront communiqués qu'à votre fournisseur d'assurance, au professionnel de la santé qui vous traite et au fournisseur de services aux fins d'administration du programme. Par ailleurs, vos renseignements personnels seront communiqués à un autre fournisseur afin de garantir que vous n'ayez qu'une seule inscription active au programme. Si vous êtes admissible au remboursement en vertu du programme des services de santé non assurés (SSNA) et que vous habitez dans une région éloignée, vous pourriez devoir fournir les renseignements personnels requis pour l'administration du programme directement à votre pharmacie. Dans un tel cas, il se peut que la pharmacie communique ces renseignements au fournisseur de services. Bayer pourrait aussi autoriser la divulgation de vos renseignements personnels si la loi l'exige, par exemple pour répondre aux ordonnances de tribunaux, aux assignations à comparaître ou à d'autres processus juridiques imposés par les autorités dans le territoire de compétence. Vos données seront conservées localement par le partenaire point de contact du programme pendant au moins 15 ans après la fin du programme.

Bayer applique des mesures de sécurité techniques et organisationnelles pour protéger vos renseignements personnels de la manipulation, de la perte et de la destruction, de même que pour empêcher l'accès à ces renseignements et en prévenir l'utilisation, la divulgation ou l'altération sans autorisation. Les fournisseurs de services et fournisseurs qui traitent les renseignements personnels au nom de Bayer ont l'obligation contractuelle de protéger les renseignements et de n'utiliser les renseignements leur ayant été fournis que pour les fins soulignées dans ce formulaire.

Vous avez le droit de consulter et de modifier tous les renseignements personnels recueillis pour votre participation au programme. Si vous désirez poser des questions sur les renseignements figurant dans votre dossier ou demander leur modification, veuillez communiquer avec : Sentrex Health Solutions Inc., Agent de protection des renseignements personnels, Sentrex Health Solutions Inc., Tél. : 833-613-9532, télécopieur : 833-713-9532
Courriel : info@contacteylea.ca

Consentement Déclaration du patient :

Je confirme ce qui suit :

- J'ai lu et je comprends le programme offert et j'ai obtenu des réponses à toutes mes questions.
- Je comprends que je recevrai une copie du feuillet d'information au patient et du formulaire de consentement une fois que je l'aurai signé.
- Je comprends que les services du programme commenceront après que le médecin aura prescrit le médicament.
- Le fournisseur de services pourrait communiquer avec moi pour discuter de mes renseignements personnels pour ce qui est de mes assurances et pour des sondages sur la satisfaction du patient.
- Je comprends que ce service est donné sans frais par le fournisseur de services au nom de Bayer, et que Bayer peut modifier ou annuler ce programme et les services associés en tout temps.
- Le fournisseur de services pourrait communiquer avec moi par message texte et/ou par courriel afin de soutenir ma participation au programme.
- Le fournisseur de services pourrait communiquer avec le professionnel de la santé qui me traite pour discuter de mon trouble médical ainsi que de toute plainte et/ou de tout effet indésirable liés au produit.
- Le fournisseur de services pourrait communiquer avec moi pour effectuer le suivi des effets indésirables, des plaintes techniques sur le produit et/ou des problèmes d'utilisation ou d'autres événements reliés à l'innocuité.
- Le Service de la pharmacovigilance de Bayer pourrait communiquer avec le fournisseur de services et/ou le professionnel de la santé qui me traitent pour effectuer un suivi quant aux effets indésirables, aux plaintes techniques sur le produit et/ou aux problèmes d'utilisation ou à d'autres événements reliés à l'innocuité.
- Ma décision de participer au programme est entièrement volontaire. Je peux décider de quitter le programme en tout temps sans influencer la qualité de mes soins de santé.
- J'accepte de participer au programme tel qu'il est décrit dans la partie Renseignements à l'intention du patient.

Consentement :

Mon consentement aux suivantes permet le traitement de mes renseignements personnels.

Mon consentement est volontaire. Il permettra ma participation au programme.

- Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels dans le cadre de ce programme.
- J'accepte que, dans l'éventualité d'un effet indésirable, d'une plainte technique sur le produit, d'un problème d'utilisation ou d'un autre événement relié à l'innocuité, les renseignements nécessaires soient envoyés au service local de la pharmacovigilance de Bayer et aux autorités sanitaires, aux fins de production des rapports requis.
- J'accepte que, dans l'éventualité d'une vérification ou d'une inspection, les renseignements nécessaires seront transmis aux vérificateurs et/ou aux autorités sanitaires, le cas échéant.
- Je sais que je peux me retirer du programme en tout temps, et que ce retrait inclut mon consentement à l'utilisation future de mes renseignements personnels. Je comprends que les renseignements déjà recueillis peuvent être utilisés conformément à la façon et à l'objectif décrits dans la partie Énoncé sur la confidentialité pour le patient et aux lois applicables.
- Après mon inscription, j'accepte que mes renseignements personnels soient communiqués à un autre fournisseur afin de garantir que je n'ai qu'une seule inscription active au programme.
- Si, en tout temps et pour n'importe quelle raison, le fournisseur de services pour votre clinique change, j'autorise le transfert de mes renseignements personnels au nouveau fournisseur de services afin de poursuivre ma participation au programme.

Signature (patient ou son représentant légal) : _____ **Date** (jj-mm-aa) : _____

Nom en caractères d'imprimerie (patient ou son représentant légal) : _____

Lien du représentant légal avec le patient : _____

