

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Renseignements sur le PATIENT

N° de dossier du patient : _____
Prénom : _____
Nom de famille : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____
☐ Homme ☐ Femme Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ____ / ____ / ____
Langue : ☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre _____
N° de carte d'assurance-maladie provinciale : _____
Numéro de téléphone de préférence : _____
Autre numéro de téléphone : _____
Peut-on laisser un message? ☐ Oui ☐ Non
Courriel : _____

Diagnostic du patient confirmé ☐ FPI ☐ MPI associée à la sclérose systémique
☐ MPI fibrosante progressive
Préciser le diagnostic de MPI sous-jacent : _____

Critères diagnostiques			
Test	Date effectué (jj/mm/aaaa)	Valeurs	Rapport joint
TDM-HR		S. O.	<input type="checkbox"/> Oui
CVF (% de la valeur prédite)			<input type="checkbox"/> Oui
Critères QC seulement			
DL _{CO} (% de la valeur prédite)			<input type="checkbox"/> Oui
VEMS/VCV (%)			<input type="checkbox"/> Oui

Une demande a-t-elle déjà été soumise à la province pour ce patient? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, à quelle date la demande a-t-elle été soumise : _____

En apposant ma signature ci-dessous, je confirme mon désir de participer au Programme d'aide aux patients BonDépart^{MC} (le « programme »), administré par McKesson Canada Corporation (le « fournisseur du programme ») et commandité par Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée, le fabricant d'OFEV[®]. J'accepte par la présente que des renseignements personnels à mon sujet soient obtenus, utilisés et divulgués par le fournisseur du programme au besoin dans le cadre des services prodigués dans le programme, y compris la conservation temporaire et l'accès à mes renseignements personnels à l'extérieur du Canada par le fournisseur de service à des fins d'entretien et de soutien. Je comprends et j'accepte que le fournisseur du programme communique avec ma compagnie d'assurance, avec mon(mes) prestataire(s) de soins de santé et avec mon(ma) conjoint(e) (le cas échéant) dans le but d'obtenir des renseignements personnels, financiers et médicaux aux fins d'évaluation de mon admissibilité au programme, d'identification de mon admissibilité à une assurance-médicament publique et privée et de gestion de mes avantages dans le cadre du programme. Je comprends que la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels se feront de façon continue durant ma participation au programme et que ces renseignements personnels comprendront de la documentation à l'appui, y compris des renseignements d'ordre financier servant à vérifier l'assurance disponible ou autrement planifier un recours financier relativement à l'utilisation de mon(mes) médicament(s) et des renseignements de nature médicale, dont des résultats de tests de laboratoire et des manifestations indésirables qui pourraient survenir durant ma participation au programme. Malgré nos efforts d'atténuation et nos mesures de protection de la vie privée, les risques de préjudice et d'autres conséquences découlant d'une atteinte à la vie privée ne peuvent être complètement éliminés. Le fournisseur du programme vous communiquera les mesures que vous pouvez prendre pour réduire les risques de préjudice en cas d'atteinte à la vie privée.

X _____ / ____ / ____
Signature du patient ou de l'aidant autorisé Date (jj/mm/aaaa)

Nom du patient ou de l'aidant autorisé (en lettres majuscules) Lien

Nous respectons votre droit à la vie privée. Tout renseignement personnel ou tout renseignement médical personnel fourni au fournisseur du programme directement par vous ou indirectement par l'entremise de votre assureur, prestataire(s) des soins de santé ou conjoint(e) sera conservé en toute confidentialité et ne sera utilisé que pour vous fournir le produit OFEV, ainsi que les services offerts dans le cadre du Programme d'aide aux patients BonDépart (« Programme »). Le fournisseur du programme peut divulguer vos renseignements personnels de façon confidentielle à des agents autorisés, des employés et des agences de réglementation au besoin pour l'exécution du Programme, à des fins d'évaluation, de vérification et/ou d'amélioration du Programme, à des fins de réglementation et de respect des lois en vigueur. Pour de plus amples renseignements sur les pratiques en matière de protection de la vie privée dans le cadre du Programme, ou pour apporter une modification ou accéder à vos renseignements personnels, pour modifier ou retirer votre consentement, ou pour exprimer une inquiétude au sujet du respect de la vie privée, vous pouvez communiquer avec le Programme en composant le 1-844-473-6338. Notez que la modification ou le retrait de votre consentement pourrait limiter la capacité du fournisseur de services à offrir ce programme. Le fournisseur du programme est McKesson Canada Corporation, 6355 Viscount Road, Mississauga, ON, L4V 1W2. La préposée à la protection de la vie privée du fournisseur du programme est Antonietta Pastorelli et la politique en matière de protection de la vie privée du fournisseur du programme peut être consultée sur le site : <https://www.mckesson.ca/privacy>.

RAPPEL : Le formulaire d'inscription ne peut être traité sans l'autorisation du médecin et le consentement du patient ou de l'aidant autorisé.

Si un consentement verbal est obtenu au lieu d'une signature :
Je, _____, confirme que le représentant légal du patient a lu, a compris et a eu l'occasion de poser des questions concernant le consentement du patient et les renseignements personnels du patient contenus dans le présent document.
_____ (patient/représentant) a accordé son consentement verbal pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels conformément à ces modalités le ____ / ____ / ____ (date).

Renseignements sur le MÉDECIN

Nom : _____
N° de permis d'exercice : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Adresse courriel du médecin : _____
Infirmière/Personne-ressource : _____
Numéro de téléphone de l'infirmière/personne-ressource (si différent du numéro ci-dessus) : _____

Renseignements sur l'ORDONNANCE



OFEV (nintedanib) capsules

Dose : 150 mg par voie orale

Fréquence : bid

Quantité : 60 capsules
(traitement de 30 jours)

Directives spéciales : _____

☐ Renouvellement : _____

Afin de pouvoir distribuer un stock de réserve d'OFEV aux patients dans le cadre du programme BonDépart jusqu'à l'obtention du remboursement, veuillez joindre des copies du formulaire de demande de remboursement pertinent et des critères diagnostiques appropriés.

À L'INTENTION DU PHARMACIEN

Veuillez mettre cette ordonnance en attente pour ce patient; ne devant être exécutée qu'au besoin avec l'autorisation de l'infirmière-gestionnaire du programme BonDépart après consultation du personnel de mon cabinet.

OFEV (nintedanib) capsules

Dose : 100 mg par voie orale

Fréquence : bid

Quantité : 60 capsules
(traitement de 30 jours)

☐ Renouvellement : _____

J'atteste être le médecin traitant du patient et je confirme lui avoir prescrit OFEV (nintedanib) conformément à la monographie du produit. J'autorise le Programme d'aide aux patients BonDépart à agir à titre d'agent et à transmettre cette ordonnance par télécopieur ou autre mode de livraison à la pharmacie choisie par la personne susnommée. Cette ordonnance représente la commande originale du médicament d'ordonnance. La pharmacie choisie est le seul destinataire prévu; il n'y a aucun autre destinataire. L'ordonnance originale a été invalidée et classée de façon sécuritaire, et ne sera transmise en aucune circonstance.

X _____ / ____ / ____
Autorisation du médecin Date (jj/mm/aaaa)

MÉDICAMENT D'APPOINT/ANALYSES SANGUINES

Au besoin et avec l'autorisation du médecin prescripteur.

☐ **Antidiarrhéique : lopéramide à 2 mg, comprimés**

Dose recommandée pour le traitement de la diarrhée aiguë :
2 comprimés pris par voie orale, suivis d'un (1) comprimé après chaque selle molle.

La posologie quotidienne sur 24 heures ne devrait pas dépasser 8 comprimés (16 mg).

Quantité : 45 tablets.

☐ Renouvellement : _____ ☐ Le patient reçoit une demande d'analyses sanguines