

PROGRAMME ACCÈS UNIK

Tél. : 1 855 756-7660 • Téléc. : 1 855 756-7661
Courriel : UnikAccessProgram@innomar-strategies.com

Pr
Ruzurgi
(amifampridine)

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU PATIENT

Médunik
Canada

DIAGNOSTIC: Syndrome Myasthénique de Lambert-Eaton

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT : À remplir par le patient ou son tuteur légal.

PRÉNOM _____ NOM _____ DATE DE NAISSANCE ____/____/____ SEXE: M F
JJ MM AA

ADRESSE

VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRÉFÉRÉ _____ AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE _____ MESSAGES VOCAUX : Oui Non

COURRIEL PRÉFÉRÉ _____ AUTRE COURRIEL _____ MEILLEUR TEMPS POUR APPELER: AM PM SOIRÉE

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN :

NOM _____ SPÉCIALISATION _____

ADRESSE

VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____ TÉLÉCOPIEUR _____ COURRIEL _____

MÉTHODE PRÉFÉRÉE DE COMMUNICATION: TÉLÉPHONE TÉLÉCOPIEUR COURRIEL

PRESCRIPTION (dose quotidienne initiale)

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER POUR LE DOSAGE Cochez toutes les cases qui s'appliquent	FORME DE DOSAGE (Indiquez si comprimés ou suspension)	DOSE INITIALE	RÉGIME DE TITRATION	DOSE UNIQUE MAXIMALE	DOSE QUOTIDIENNE TOTALE MAXIMALE D'ENTRETIEN
<input type="checkbox"/> Poids < 45 Kg <input type="checkbox"/> Poids > 45 Kg <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique (légère & modérée)	<input type="checkbox"/> Comprimés <input type="checkbox"/> Suspension	_____ mg/jour DIVISÉ ____ BID ____ TID	AUGMENTER QUOTIDIENNEMENT PAR TRANCHE DE _____ mg DIVISÉ _____ doses/ jour		
<input type="checkbox"/> N-acétyltransférase2 (NAT2) Métaboliseur Lent <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale (ClCr 15-90 ml/min) Indiquez la ClCr _____ ml/min	_____ Veuillez fournir l'équipement nécessaire pour la suspension				

Préparer: _____ bouteilles de Ruzurgi (comprimés de 10mg) de 100 comprimés pour _____ répétitions

SIGNATURE DU MÉDECIN

NUMÉRO DE PERMIS

DATE

AUTORISATION DU MÉDECIN:

J'ai prescrit selon mon jugement clinique et je certifie que l'utilisation de Ruzurgi® pour ce patient est basée sur ma prise de décision clinique. J'ai lu la monographie de produit de Ruzurgi® et informé le patient (ou son parent/tuteur légal) des bienfaits et risques possibles associés à son utilisation. Je consens à ce que des représentants d'Innomar ou de Médunik communiquent avec moi concernant le patient, Ruzurgi®, le Programme ou toute plainte sur la qualité du produit ou des événements indésirables subis par le patient. Je consens à l'utilisation de mes renseignements posologiques à des fins d'administration et de surveillance, et afin d'évaluer et de démontrer l'efficacité du Programme. Je comprends que des études sur l'économie de la santé et basées sur les résultats peuvent être menées plus tard et je consens à ce que des représentants d'Innomar ou de Médunik communiquent avec moi pour des renseignements connexes.

Voir le verso pour le Consentement du patient et la protection de la vie privée →

SIGNATURE DU MÉDECIN

DATE

CONSENTEMENT DU PATIENT ET LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

ENTENTE POUR LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ

Médunik Canada a conclu un contrat avec Innomar (l'« Administrateur ») pour dispenser le Programme Accès Unik (le « Programme »). Dans le cadre de mon inscription à ce Programme, j'accepte ce qui suit et y consens :

- Mes fournisseurs de soins de santé, l'Administrateur et le personnel du Programme Accès Unik (le « Personnel du programme ») peuvent recueillir, utiliser et divulguer les renseignements sur ma santé entre eux et conserver les renseignements sur ma santé afin de dispenser les services reliés au programme sélectionnés ci-dessus dans les options d'inscription.
- Le Personnel du programme peut communiquer avec moi par l'entremise de ma méthode préférée de communication, y compris par courriel, lorsque des renseignements sont requis pour dispenser le programme personnalisé selon les services reliés au programme sélectionnés ci-dessus dans les options d'inscription.

Je reconnais également que :

- L'Administrateur recueillera, utilisera et conservera les renseignements sur ma santé en tout temps conformément aux lois applicables, y compris la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques et toute autre législation provinciale semblable applicable gouvernant la protection des renseignements personnels.
- Le Personnel du programme i) ne recueillera pas, n'utilisera pas, ne divulguera pas et ne conservera pas les renseignements sur ma santé à d'autres fins que pour les activités énoncées ci-dessus (soutien pour le remboursement ou la navigation, appels de suivi et appels d'observance), ou ii) ne divulguera pas les renseignements sur ma santé à quiconque autre que mes fournisseurs de soins de santé (y compris Médunik Canada et ses employés), à moins que les renseignements sur la santé qui m'identifient soient retirés (par exemple, mon nom et mon adresse).
- Nonobstant ce qui précède, Médunik Canada peut, soit directement ou indirectement par l'entremise d'un vérificateur tiers, accéder aux renseignements sur la santé recueillis par l'Administrateur à des fins de contrôle de la qualité et pour confirmer le respect par l'Administrateur des lois applicables.
- En tout temps, en envoyant par la poste ou par télécopieur une demande signée à l'Administrateur au numéro de télécopieur fourni ci-dessus ou à l'adresse ci-dessous :
- Je peux modifier mes options d'inscription.
- Je peux retirer mon consentement, mais le cas échéant, je comprends que dans la mesure où ce consentement est nécessaire pour fournir les services reliés à ce Programme, ma participation au Programme peut être annulée et, entre autres, je pourrais perdre mon aide pour le remboursement de Ruzurgi®.
- Sauf là où la loi l'interdit, je peux obtenir une copie des renseignements sur ma santé et corriger toute erreur ou poser toute question concernant la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation des renseignements sur ma santé à l'Administrateur à l'adresse ci-dessous. De plus, le retrait de mon consentement n'aura aucun effet rétroactif en regard aux renseignements à mon sujet déjà recueillis et divulgués.
- Les appels téléphoniques à l'Administrateur ou de sa part dans le cadre de sa prestation du Programme Accès Unik peuvent être surveillés ou enregistrés pour ma protection et celle de l'Administrateur.
- Les renseignements sur ma santé peuvent être recueillis, utilisés, divulgués ou conservés à l'extérieur de ma province ou de mon pays et les lois concernant la vie privée de l'endroit où sont conservés vos renseignements pourraient être moins strictes que les lois du Canada et de ses provinces.
- J'ai le droit de recevoir une copie de ce document.

L'Administrateur est Innomar Strategies Inc., située au 2600, boul. Alfred-Nobel, Saint-Laurent (Québec) H4S 0A9, et ses filiales.

Les renseignements sur la santé comprennent, sans s'y limiter, mes renseignements personnels (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, renseignements financiers, etc.) et les renseignements sur ma santé personnelle (antécédents médicaux, troubles médicaux, renseignements reliés à mon traitement, renseignements reliés à mon assurance médicale, etc.).

Les fournisseurs de soins de santé comprennent, sans s'y limiter, mes médecins, infirmières, pharmaciens et assureurs médicaux.

Le Programme Accès Unik est le Programme Accès Unik fourni par Médunik Canada afin d'aider les patients à avoir accès à Ruzurgi®. Le Personnel du Programme Accès Unik comprend les employés et les consultants de l'Administrateur. Je soussigné confirme par la présente que :

- a) J'ai lu et compris et j'accepte les conditions de ce formulaire de consentement du Programme Accès Unik. Je comprends, j'accepte et je consens aux services offerts par le Programme Accès Unik.
- b) J'ai eu l'occasion de discuter du Programme Accès Unik avec mon fournisseur de soins de santé. Je comprends que ma participation au programme est volontaire et, si je décide de ne pas participer, cela n'aura aucun impact sur mon traitement médical ou mon admissibilité à la couverture d'assurance. Toutefois, si je ne signe pas ce formulaire, je ne pourrai pas participer au Programme Accès Unik et recevoir l'aide de l'Administrateur, comme décrit ci-dessus.
- c) Je comprends que le Programme Accès Unik n'est pas conçu pour fournir des conseils médicaux ou des diagnostics médicaux. Je m'engage à toujours demander l'aide de mon médecin ou de tout autre fournisseur de soins de santé qualifié si j'ai des problèmes de santé, et de ne pas ignorer les conseils médicaux professionnels d'après des renseignements lus ou transmis dans le cadre du Programme Accès Unik.

PATIENT/ TUTEUR LÉGAL (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

PATIENT/ TUTEUR LÉGAL (SIGNATURE)

DATE (JJ/MM/AA)

Médunik
Canada

950 boul. Michèle-Bohec, Blainville, Québec, Canada J7C 5E2
www.medunikcanada.com

Pr Ruzurgi®

Pr Ruzurgi® est une marque de commerce de Jacobus Pharmaceutical Co.