

PROGRAMME DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Acheminer par courriel à osnuvoavir@iqvia.com ou
par télécopieur au 1 833 455-0972.

Questions?

Appelez-nous au 1 888 303-8702 ou via courriel osnuvoavir@iqvia.com

Étiquette du patient

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom et nom : _____

DDN (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Prov. : _____

Sexe : F H Autre

Courriel : _____

Téléphone principal : _____

Meilleur moment pour vous rejoindre : AM PM Soir

Laisser un message? Oui Non

Régime d'assurance médicaments : Public Privé

Informations du proche aidant (facultatif)

Afin que le proche aidant reçoive également les informations envoyées par le programme

Prénom et nom : _____

Courriel : _____

**J'AI LU, COMPRIS ET ACCEPTÉ LES TERMES DE CONSENTEMENT
AU VERSO DE CE FORMULAIRE**



Signature du patient

Date de signature (jj/mm/aaaa) : _____

COUVERTURE DU MÉDICAMENT

RAMQ

Le patient répond aux critères médicament d'exception: Oui Non

La demande a été soumise à la RAMQ: Oui Non

(date): _____

La demande a été: Approuvée Refusée En attente

Assureur Privé

Nom de l'assureur, si disponible: _____

Est-ce qu'une autorisation préalable est nécessaire?

Oui Non Ne sais pas

La demande a été soumise à l'assureur: Oui Non

La demande a été: Approuvée Refusée En attente

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Prénom et nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Prov. : _____

Téléphone principal : _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

J'atteste par la présente que le patient a déclaré avoir lu, compris et accepté les Conditions d'utilisation du Programme qui sont décrites au verso de ce formulaire.

J'atteste par la présente que le patient a déclaré avoir lu, compris et accepté les termes du Consentement relatif à ses renseignements personnels qui sont décrits au verso de ce formulaire.

ORDONNANCE

La présente ordonnance est valide pour une période de 30 mois.

Si les informations sur l'ordonnance ne sont pas fournies ci-dessous, le(la) patient(e) a reçu une ordonnance écrite.



Osnuvo (tériparatide inj., source ADNr) 600 mcg/2,4 mL

Prescription : 20 mcg par voie sous-cutanée DIE

Qté : 1 cartouche (28 doses) Ren : _____ mois*

Au pharmacien : Ne pas substituer

Stylo TERROSA - Seul stylo compatible avec Osnuvo; réutilisable pendant toute la durée du traitement

Aiguilles pour stylo de calibre 29G - 31 G, d'une

longueur de 5 mm (maximum 12,7 mm)

Qté : 100 Ren : _____

* L'exposition maximale au tériparatide est de 24 mois. Après l'arrêt du traitement, le patient peut continuer à suivre d'autres traitements contre l'ostéoporose.

J'autorise STI technologies Limited à être mon agent désigné pour transmettre cette ordonnance à la pharmacie choisie par le patient. Cette ordonnance représente l'original de la commande de médicaments sur ordonnance.

J'atteste par la présente que je prescris Osnuvo à ce patient conformément à l'usage prévu, aux contre-indications, aux mises en garde et aux précautions décrites dans la monographie de produit.



Signature du médecin

No de licence

Date de signature (jj/mm/aaaa) : _____

CONDITIONS D'UTILISATION DU PROGRAMME

Le programme de prise en charge du patient[®]Osnuvo™ (le « programme ») est commandité par Avir Pharma inc. (« Avir ») et est offert avec le soutien de fournisseurs de services retenus par Avir (les « fournisseurs »). Le programme offre une assistance aux patients et un soutien au remboursement pour le produit Osnuvo. Ce programme est destiné aux résidents du Canada ayant reçu une prescription de leur médecin pour l'utilisation du produit Osnuvo. Les patients inscrits au programme peuvent recevoir de l'assistance afin de déterminer leur éligibilité à un remboursement du produit Osnuvo ou leur admissibilité à d'autres options d'aide financière. Le programme offre ces avantages sans frais aux patients inscrits. Toutefois, Avir se réserve le droit de modifier les critères d'admissibilité au programme, de modifier l'étendue des services fournis, de changer de fournisseurs, ou d'annuler complètement le programme.

RELATIVEMENT AU CONTENU ET AUX INFORMATIONS FOURNIS PAR LE PROGRAMME ET SES TIERCES PARTIES FOURNISSEURS DE SERVICES, VOUS COMPRENEZ QUE LE CONTENU ET LE SERVICE SONT FOURNIS « TELS QUELS », SANS CONDITION NI GARANTIE EXPRESSE OU TACITE DE QUELQUE NATURE QUE CE SOIT, ET VOTRE UTILISATION DE TOUT CONTENU OU SERVICE QUE VOUS OBTENEZ OU UTILISEZ EST À VOS PROPRES RISQUES. EN AUCUN CAS AVIR OU SES FOURNISSEURS NE SERA RESPONSABLE ENVERS VOUS RELATIVEMENT À TOUT DOMMAGE, Y COMPRIS LES DOMMAGES DIRECTS, COMPENSATOIRES, INDIRECTS, ACCESSOIRES, CONSÉCUTIFS, PARTICULIERS, EXEMPLAIRES OU PUNITIFS DÉCOULANT DU PROGRAMME OU QUI Y SONT LIÉS.

En utilisant le programme, vous acceptez de recevoir des communications électroniques et téléphoniques d'Avir et de ses fournisseurs concernant votre participation au programme ou dans le but de recueillir des informations additionnelles dans le cadre du programme. Vous pouvez retirer votre consentement à de telles communications à tout moment en contactant osnuvoavir@iqvia.com.

CONSENTEMENT RELATIF À VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous souhaitons recueillir votre consentement relatif aux renseignements personnels vous concernant qui sont recueillis dans le cadre du programme et dont la nature est décrite au recto de ce formulaire. Veuillez vous assurer d'avoir bien compris chaque élément du consentement. Pour toute question, veuillez contacter Avir à osnuvoavir@iqvia.com.

Votre consentement, une fois donné, sera en vigueur tant que vous participez au programme. Vous pouvez révoquer votre consentement en tout temps en communiquant avec Avir à osnuvoavir@iqvia.com. Par contre, vous comprenez que si vous révoquez votre consentement, vous ne pourrez plus bénéficier de l'assistance prévue à notre programme pour vos demandes de remboursement.

Avir et ses fournisseurs peuvent conserver vos renseignements personnels pendant la durée requise afin de vous offrir l'assistance prévue au programme et afin de se conformer aux lois applicables. Avir et ses fournisseurs peuvent communiquer vos renseignements personnels hors du Québec afin d'administrer le programme. Pour plus de renseignements sur la manière dont Avir recueille, utilise et conserve les renseignements personnels, ainsi que sur votre droit de retirer votre consentement, votre droit d'accès et votre droit de rectification, veuillez consulter la politique d'Avir sur la protection des renseignements personnels disponible sur le site web d'Avir à www.avirpharma.com. En cas de besoin, vous pouvez contacter la responsable de la protection des renseignements personnels d'Avir par courriel à confidentialite@labriva.com.

Par les présentes, je consens à ce qui suit :

- à ce que les renseignements personnels me concernant soient recueillis par mon médecin au moment de mon inscription au programme par le biais du présent formulaire, ainsi que par Avir et/ou ses fournisseurs, par voie électronique et/ou téléphonique, dans le cadre de tout suivi ;
- à ce qu'Avir divulgue mes renseignements personnels aux personnes suivantes et qu'elle soit autorisée à recueillir mes renseignements personnels de ces personnes : mon médecin, pharmacien, personnel soignant et autres fournisseurs de soins de santé ; les fournisseurs d'Avir ; ma compagnie d'assurance ; et les autorités réglementaires. J'autorise et j'instruis chacune de ces personnes à divulguer mes renseignements personnels à Avir et à son fournisseur aux fins du programme ;
- à ce que mes renseignements personnels soient utilisés, divulgués et conservés par Avir et ses fournisseurs aux fins suivantes : mon inscription au programme ; l'administration du programme ; l'examen de ma couverture d'assurance et la vérification de mon admissibilité à une couverture ; le renouvellement de ma couverture et/ou d'autres options d'aide financière ; la vérification de l'exactitude de ces renseignements ; et pour rapporter aux autorités réglementaires tout événement indésirable relatif à l'utilisation du produit Osnuvo ;
- à ce que mes renseignements personnels puissent être utilisés par Avir à d'autres fins, y compris pour des fins de statistiques, mais seulement dans la mesure où toute information permettant de m'identifier est retirée ;
- à ce que mes renseignements personnels puissent être utilisés ou divulgués à toute personne dans la mesure où leur divulgation est requise par la loi ou par une ordonnance de la cour.

Veuillez acheminer ce formulaire par télécopieur (1 833 455-0972) ou par courriel (osnuvoavir@iqvia.com)

Note pour le pharmacien :

Liste des codes de commandes pour
le stylo TERROSA

Kohl & Frisch : 168912

McKesson : 179048

PJC : 755440

Familiprix : 192247

Shoppers Drug Mart : 628103457004

Pharmaplus : 457103