

Programme de prise en charge du patient Osnuvo™ - Formulaire d'inscription



AVIR Pharma inc. est heureuse de vous présenter le Programme de prise en charge du patient Osnuvo (le « programme »). Un gestionnaire de dossier sera disponible afin d'assister les patients qui initient un traitement par Osnuvo en leur offrant un service d'aide au remboursement, du soutien financier et une formation sur l'injection.

Afin d'inscrire votre patient, veuillez transmettre ce formulaire par télécopieur au 1 833 455-0972 ou par courriel à osnuvoavir@iqvia.com et joindre une copie de l'ordonnance.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Est-ce que le patient a un proche aidant? Oui Non

Sexe: Femme Homme

Prénom Nom

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Adresse

Ville / Province / Code postal

Téléphone principal

Meilleur moment pour vous rejoindre: <input type="radio"/> Matin <input type="radio"/> Après-midi <input type="radio"/> Soir	Laisser un message? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
---	--

Autre téléphone

Courriel

Langue de préférence

Avez-vous une assurance maladie?
 Publique Privée Les deux

Numéro de carte d'assurance maladie

Nom de l'assureur privé (si applicable)

Le patient doit passer en revue et signer le verso du formulaire afin de confirmer qu'il/elle a lu et compris les conditions d'utilisation.

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Prénom Nom

Adresse

Ville / Province / Code postal

Téléphone Télécopieur

Courriel

Autres renseignements / timbre du cabinet

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE

Nouveau traitement par la tériparatide? Oui Non

Formation sur l'injection requise? Oui Non

Je souhaite être informé avant que le patient sus-mentionné débute sa formation sur l'injection: Oui Non



Veuillez remettre à votre patient une ordonnance écrite, car la pharmacie exige l'ordonnance originale.

Osnuvo injection sous-cutanée (250 mcg/mL)
20 mcg une fois par jour



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

Signature du médecin

Nom du médecin

Date (jj/mm/aaaa)

J'accepte d'être contacté par le programme au sujet du patient susmentionné dans le cadre de l'administration du programme.

Consentement du patient / Conditions d'utilisation du programme

Le programme de prise en charge du patient Osnuvo est un programme parrainé par Avir Pharma inc., le commanditaire du programme, pour le soutien aux patients et le soutien au remboursement pour le produit OSNUVO. Ce programme et les services reliés sont destinés et s'adressent aux résidents du Canada qui se sont fait prescrire Osnuvo par leur médecin.

Les patients éligibles qui sont inscrits au programme ont la possibilité de recevoir du matériel éducatif sur la gestion de leur condition et de l'aide afin de déterminer leur éligibilité à un remboursement ou leur admissibilité à d'autres options d'aide financière. Pour les fins de la détermination de votre admissibilité, vous reconnaissez que le fournisseur du service pourrait devoir requérir une preuve du revenu familial selon les critères provinciaux applicables ou ceux du commanditaire du programme.

Le programme offre ces avantages sans frais aux patients inscrits. Toutefois, le commanditaire du programme se réserve le droit de modifier les critères d'admissibilité au programme, de modifier l'étendue des services fournis, de changer de fournisseur du service (présentement STI Technologies Limited), de mettre fin à l'utilisation que vous faites des services et à votre inscription au programme, et/ou d'annuler complètement le programme.

Les renseignements personnels transmis dans le cadre du programme, au moment de l'inscription initiale ou dans le cadre de tout suivi, par voie téléphonique ou autre, peuvent être recueillis, utilisés, divulgués ou stockés par le fournisseur du service du programme pour le compte du commanditaire du programme aux fins suivantes : (1) votre inscription au programme et la détermination de votre admissibilité au programme; (2) la gestion du programme; (3) l'examen de votre couverture d'assurance ou de votre admissibilité à une couverture et/ou aux autres options d'aide financière qui concernent OSNUVO; et (4) la vérification de l'exactitude et de l'exhaustivité de ces renseignements.

Par la présente, et en faisant une demande d'inscription et en vous inscrivant au programme, vous consentez à ce que le fournisseur du service recueille et utilise, aux fins particulières décrites préalablement, les renseignements communiqués par votre médecin prescripteur, votre compagnie d'assurance, votre pharmacien, le personnel soignant et autres fournisseurs de soins de santé, et divulgue tout renseignement à ces sources et à tout tiers fournissant des services, si le fournisseur du service le juge nécessaire aux fins particulières du programme. Par la présente, vous autorisez et instruisez chacune de ces sources à divulguer des renseignements au fournisseur du service aux fins particulières du programme, et vous y consentez.

De plus, le commanditaire du programme et les tiers lui fournissant des services recevront vos renseignements personnels dans le cas d'un effet indésirable du médicament ou conformément à toute autre exigence légale, étant donné que le commanditaire du programme et le fabricant d'OSNUVO doivent en faire rapport aux autorités de santé publique. Les données agrégées ne contenant aucun renseignement d'identification personnelle peuvent aussi être transmises au commanditaire du programme en tout temps.

En plus de ce qui précède, vous comprenez, acceptez et convenez que vos renseignements puissent être utilisés ou divulgués à toute partie dans la mesure où leur divulgation est requise par la loi ou la réglementation applicables ou une ordonnance de la cour.

Ceci étant dit, vos renseignements ne seront conservés que pour la durée requise afin de parvenir aux fins particulières pour lesquelles ils ont été recueillis et afin de se conformer aux lois applicables. Les mesures de protection standard de l'industrie seront utilisées pour protéger la sécurité des renseignements qui sont recueillis.

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 LE COMMANDITAIRE DU PROGRAMME 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.

Une copie des politiques et pratiques du fournisseur du service concernant les renseignements personnels et une copie complète des conditions d'utilisation de ce programme seront mis à votre disposition soit par voie électronique, par courrier ou en personne.

Afin de procéder, le fournisseur du service requiert votre consentement. En fournissant votre consentement, vous reconnaissez que vous avez compris ce qui a été énoncé et que vous y consentez. Lorsque votre consentement aura été reçu, cette autorisation et cette instruction seront en vigueur pour toute la durée de votre traitement d'OSNUVO et pour une durée raisonnable par la suite ou jusqu'à leur révocation de votre part. Vous pouvez révoquer votre consentement en tout temps en communiquant avec le fournisseur du service. Par contre, vous comprenez que si vous révoquez les présents consentement, autorisation et instruction, vous ne profiterez plus des avantages du programme OSNUVO.

En signant ci-dessous, je confirme ma volonté de participer au programme selon la description que m'en a donné mon médecin traitant et je déclare avoir lu et compris les conditions d'utilisation qui figurent ci-haut.

Consentement verbal obtenu du patient identifié sur ce formulaire.

Signature du patient

Nom du patient

Date (jj/mm/aaaa)

**VEUILLEZ TRANSMETTRE CE FORMULAIRE ET UNE COPIE DE L'ORDONNANCE PAR
TÉLÉCOPIEUR AU 1 833 455-0972 OU COURRIEL À OSNUVOAVIR@IQVIA.COM**