

I. SECTION DU PATIENT (en LETTRES MAJUSCULES)

I. Prénom _____ Nom de famille _____

II. Date de naissance _____
 JJ MM AAAA

III. # _____ Rue _____
 Ville _____ Province _____ Code postal _____

IV. Courriel _____

V. Téléphone préféré: _____ Téléphone alternatif: _____

VI. Meilleur moment de la journée pour contacter (HE):
 Matin 8 h à 12 h Soirée de 17 h à 20 h
 Après-midi de 12 h à 17 h No preference

VII. Langue préférée Anglais Français

VIII. Informations sur l'assurance
 Publique (aucun détail d'assurance requis ci-dessous)
 Privé (veuillez inclure les détails de l'assurance ci-dessous)

Compagnie d'assurance

Numéro de la police/du groupe

Nom de l'assuré

II. INFORMATIONS SUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ QUI S'INSCRIT Personne qui s'inscrit (veuillez cocher une case)

Médecin Navigateur pour l'accès aux médicaments Patient
 Infirmière Pharmacien Infirmière praticienne

Prénom _____ Nom de famille _____

Hôpital/Clinique/Pharmacie

Téléphone au bureau _____ Télécopieur du bureau _____

Courriel

III. TRAVAUX DE LABORATOIRE

Analyses de sang / Demande requise Coordination / Rappels aux patients
 Procédure d'élimination accélérée Moniteurs de pression artérielle

IV. NUTRITION ET INFIRMIÈRE

Conseils en nutrition Infirmière conseillère

V. ORDONNANCE ET TITRATION

SN Code: _____

En attente de prise de sang Médicalement autorisé

Teriflunomide ____ 14mg PO QD x28 Repeats x ____/12 (Code SN 134)

V. CONSENTEMENT DU PATIENT

J'ai pris connaissance du Consentement du patient à la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels au verso de ce formulaire et je l'accepte.

Signature du patient ou du parent le plus proche:

Date: JJ MM AAAA

S'il est impossible d'obtenir le consentement écrit du patient ou du parent le plus proche, veuillez documenter le consentement verbal.

Nom de la personne qui a obtenu le consentement verbal

Signature de la personne qui a obtenu le consentement

Lien avec le patient

Date à laquelle le consentement verbal a été obtenu

JJ MM AAAA

(REMARQUE: L'option de consentement verbal ne s'applique qu'aux provinces autres que l'Alberta. En vertu de la loi albertaine, le consentement verbal n'est pas autorisé.)

VI. CONSENTEMENT DU MÉDECIN

En signant ci-dessous, je confirme que : (i) je suis le médecin prescripteur de ce patient; (ii) la présente constitue une ordonnance originale pour ce patient [s'il y a lieu] et j'autorise le programme JAMP Care à la transmettre en mon nom à la pharmacie de choix du patient; et (iii) sous réserve du consentement du patient, j'accepte que le programme communique avec moi au sujet de ce patient afin de faciliter l'administration du programme et la prestation des soins au patient.

MD Signature

Numéro de licence du médecin



Si vous avez des questions concernant le programme, veuillez contacter le programme de soutien aux patients JAMP Care: 1-855-310-5102

Veuillez télécopier le formulaire rempli au 1-888-331-3432

Courriel: jampcare@supportprogram.com

Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HE)

Téléphone: 1-855-310-5102



Consentement du patient à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels

Le programme de soutien aux patients JAMPCare^{MC} est parrainé et offert par Corporation JAMP Pharma («**JAMP**») afin de soutenir les patients qui prennent certains produits JAMP (le «**Programme**»). Le Programme est administré par JAMP et un fournisseur de services tiers, ainsi que leurs agents et affiliés (collectivement, les «**Administrateurs du Programme**»).

Afin de vous inscrire au Programme, vous ou votre fournisseur de soins de santé avez fourni au Programme certaines informations vous concernant, tel qu'indiqué sur le formulaire d'inscription, et le Programme peut recueillir d'autres informations auprès de vous ou de votre fournisseur de soins de santé, y compris vos informations personnelles et vos informations de santé personnelles (par exemple, votre nom, sexe, âge, adresse, numéro de téléphone, adresse courriel, informations médicales, financières et d'assurance dans la mesure où elles affectent votre thérapie et le remboursement de vos ordonnances) (collectivement, vos «**Informations**»).

Le Programme collectera, utilisera, divulguera et conservera vos Informations afin de vous fournir les services suivants (les «**Services du Programme**»):

- Suivi des progrès et rapports ;
- Soutien des infirmiers et des pharmaciens;
- Aide à la communication avec les administrateurs et les gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments ou les compagnies d'assurance afin d'obtenir le remboursement de votre ordonnance;
- Rapport sur votre couverture d'assurance à votre médecin;
- Possibilité de participer à des études de marché concernant les personnes atteintes de votre maladie ou à des initiatives éducatives dans votre région; et/ou
- Des communications régulières sur votre thérapie, vos appareils (le cas échéant) et les offres de programmes de soutien.

En signant et en soumettant le présent formulaire, vous consentez à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos Informations par les Administrateurs du Programme pour l'administration du Programme et la prestation des Services du Programme, tel que requis ou permis par la loi et conformément à la politique de confidentialité du Programme, qui peut être obtenue en appelant le 1-855-310-5102 ou en visitant www.jampcare-support.ca. Vous comprenez également que les Administrateurs du Programme peuvent communiquer avec vous dans le cadre de l'administration du Programme et de la prestation des Services du Programme, et vous acceptez d'être contacté maintenant et à l'avenir par les Administrateurs du Programme au sujet du Programme, de votre état et/ou de votre ordonnance.

En outre, vous autorisez le Programme à obtenir d'autres informations auprès de vos fournisseurs de soins de santé et de votre compagnie d'assurance maladie si cela est jugé nécessaire pour garantir l'exactitude et l'exhaustivité de vos Informations, pour administrer le Programme et/ou pour fournir les Services du Programme.

Utilisation et divulgation de vos Informations

Le Programme assurera la confidentialité de vos Informations que vous fournissez et ne les utilisera qu'aux fins énoncées dans le présent formulaire de consentement. De temps à autre, le Programme peut avoir besoin de divulguer certaines de vos Informations à un tiers qui participe à la prestation des Services du Programme. Il peut s'agir, par exemple, d'un pharmacien d'officine, d'un navigateur en matière de remboursement, d'un service d'infirmiers sur le terrain ou d'un assureur. Le Programme limitera l'ampleur des Informations divulguées aux seuls renseignements nécessaires pour vous fournir les Services du Programme. Le Programme peut dépersonnaliser vos renseignements pour les utiliser dans des rapports, des publications et à des fins promotionnelles. Toutes les Informations recueillies et enregistrées dans le cadre du Programme seront traitées et conservées par les Administrateurs du Programme conformément à la législation applicable en matière de protection de la vie privée et de la santé. Vos Informations peuvent être recueillies, utilisées, divulguées ou conservées à l'extérieur de votre province, de votre territoire ou de votre pays, et les lois sur la protection de la vie privée de ces territoires peuvent être moins rigoureuses que les lois du Canada ou de votre province ou territoire de résidence. Vos Informations seront conservées aussi longtemps que le Programme sera en vigueur et aussi longtemps qu'il sera nécessaire par la suite pour satisfaire aux exigences légales relatives à la conservation des dossiers des patients. Pour de plus amples renseignements ou pour toute autre question, veuillez communiquer avec le Programme pour parler au responsable de la protection de la vie privée. Les appels peuvent être surveillés et enregistrés à des fins d'assurance qualité ou de formation.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Si vous choisissez de retirer votre consentement au Programme, sachez que vous pourriez ne plus être admissible aux Services du Programme, y compris le soutien aux patients et l'aide au remboursement, à compter de la date de retrait.

Vous comprenez que JAMP peut nommer un nouvel Administrateur de Programme à tout moment et vous consentez à ce que le nouvel Administrateur de Programme continue de recueillir, d'utiliser et de divulguer vos Informations tel qu'indiqué dans le présent formulaire.

Vous comprenez que toute aide financière qui vous est fournie à la suite de votre inscription au Programme peut être un revenu à déclarer aux payeurs publics ou privés ou aux agences gouvernementales. Vous comprenez que vous êtes seul responsable de cette déclaration et de la conformité de l'acceptation de cette aide financière.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter le Programme pour plus d'informations. Pour obtenir des informations sur les politiques et procédures du Programme en matière de protection de la vie privée, veuillez communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée du Programme au 1-855-310-5102 ou visitez le www.jampcare-support.ca