

I. SECTION DU PATIENT (en caractères d'IMPRIMERIE)

I. Prénom _____ Nom de famille _____

II. Date de naissance _____
 JJ MM AAAA

III. # _____ Numéro de rue _____
 Ville _____ Province _____ Code postal _____

IV. Adresse courriel _____

V. Numéro de téléphone principal _____ Numéro de téléphone secondaire _____

VI. Meilleur moment de la journée pour vous joindre (HE)
 Matinée, de 8 h à 12 h Soirée, de 17 h à 20 h
 Après-midi, de 12 h à 17 h Aucune préférence

VII. Langue préférée: Anglais Français

II. RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ QUI EFFECTUE L'INSCRIPTION (veuillez cocher une case)

- Médecin Intervenant pivot pour l'accès aux médicaments Patient
 Infirmière Pharmacien Infirmière praticienne

Prénom _____ Nom de famille _____

Hôpital/clinique/pharmacie _____

Téléphone (bureau) _____ Télécopieur (bureau) _____

Adresse courriel _____

III. ANALYSES DE LABORATOIRE

- Analyses de sang/requête nécessaires Coordination/rappels aux patients

IV. NUTRITION

- Conseils en nutrition

V. ORDONNANCE ET AJUSTEMENT POSOLOGIQUE

- En attente des analyses de sang Bilan de santé adéquat
 Capécitabine ____ x 150 mg 2 f.p.j. par voie orale
 Capécitabine ____ x 500 mg 2 f.p.j. par voie orale

† Il est recommandé d'administrer la capécitabine pendant 14 jours, suivis d'une période de repos de sept jours.

‡ Dans le traitement adjuvant du cancer du côlon de stade III, la capécitabine est destinée à être administrée pendant 8 cycles (ou 24 semaines) au total.

VI. CONSENTEMENT DU PATIENT

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

Signature du patient ou du parent le plus proche _____

Date: JJ MM AAAA

- S'il n'est pas possible 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 verbal _____

Lien avec le patient _____

Date à laquelle le consentement verbal a été obtenu

JJ MM AAAA

(REMARQUE : L'option du consentement verbal s'applique à toutes les provinces, à l'exception de l'Alberta. Selon la loi de l'Alberta, le consentement verbal n'est pas autorisé.)

VII. CONSENTEMENT DU MÉDECIN

En apposant ma signature ci-dessous, je confirme que : (i) je suis le médecin prescripteur de ce patient; (ii) la présente constitue une ordonnance originale pour ce patient [le cas échéant] et j'autorise le programme JAMP Care à la transmettre en mon nom à la pharmacie choisie par le 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 de soins au patient.

Numéro de permis du médecin _____

Signature du médecin _____



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

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli par télécopieur au 1 888 331-3432

Courriel : jampcare@supportprogram.com

Lundi au vendredi de 8 h à 20 h (HE)

Tél. : 1-855-310-5102



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

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

Pour vous inscrire au Programme, vous ou votre fournisseur de soins de santé avez fourni certains renseignements vous concernant, comme il est indiqué sur le Formulaire d'inscription; le Programme peut recueillir d'autres renseignements auprès de vous ou de votre fournisseur de soins de santé, y compris vos renseignements personnels et de santé (par exemple, nom, sexe, âge, adresse, numéro de téléphone, adresse électronique, informations médicales, financières et d'assurance dans la mesure où elles concernent votre traitement et le remboursement de vos ordonnances) (collectivement, vos « **Renseignements** »).

Le Programme recueillera, utilisera, divulguera et stockera vos renseignements pour vous fournir les services suivants (« **Services du Programme** ») :

- Suivi des progrès et production de rapports;
- Soutien de personnel infirmier et de pharmacien(ne)s;
- Aide à la communication avec les administrateurs, les gestionnaires de régimes d'assurance médicaments ou les compagnies d'assurance afin d'obtenir le remboursement de votre ordonnance;
- Rapport de votre couverture d'assurance à votre médecin;
- Possibilité de participer à une étude de marché concernant les personnes atteintes de votre maladie ou à des initiatives éducatives dans votre région; et/ou
- Communications régulières sur votre traitement, 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 renseignements personnels par les administrateurs du Programme pour l'administration du Programme et la prestation des services du Programme, comme l'exige ou le permet la loi et conformément à la politique de confidentialité du Programme que vous pouvez obtenir en composant le 1 855 310-5102 ou en visitant le site www.jampcare-support.ca. Vous comprenez également que les administrateurs du Programme peuvent vous contacter 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 renseignements auprès de vos professionnels de santé et de votre compagnie d'assurance maladie si cela est jugé nécessaire pour garantir l'exactitude et l'exhaustivité de vos renseignements, pour administrer le Programme et/ou pour fournir les Services dans le cadre du Programme.

Utilisation et divulgation de vos renseignements

Le Programme gardera vos renseignements confidentiels et ne les utilisera qu'aux fins énoncées dans le présent formulaire de consentement. De temps à autre, le

Programme peut devoir divulguer certains renseignements à un tiers qui participe à la prestation des services du Programme. Il peut s'agir, par exemple, d'un pharmacien qui assure la distribution, d'un intervenant pivot pour le remboursement, d'un service d'infirmières mobile ou d'un assureur. Le Programme peut également partager les renseignements fournis dans le présent formulaire d'inscription afin d'obtenir des services de soutien aux patients d'un autre programme (p. ex., si la pharmacie de votre choix ne vend pas le produit Jamp qui vous a été prescrit). Le Programme limitera la quantité de renseignements divulgués aux seuls renseignements requis pour vous fournir les services dans le cadre du Programme. Le Programme peut dépersonnaliser vos renseignements pour les utiliser dans des rapports, des publications et à des fins promotionnelles. Tous les renseignements recueillis et enregistrés dans le cadre du Programme seront traités et conservés par les Administrateurs du programme conformément à la législation applicable en matière de confidentialité et de renseignements personnels sur la santé. Vos renseignements peuvent être recueillis, utilisés, divulgués et/ou stockés hors de votre province/territoire ou de votre pays, et les lois sur la protection des renseignements personnels de ces pays ou territoires peuvent être moins rigoureuses que les lois du Canada et/ou de votre province ou territoire d'origine. Vos renseignements seront conservés aussi longtemps que le Programme sera opérationnel et aussi longtemps que cela sera nécessaire par la suite pour répondre aux exigences de conservation des dossiers des patients prévues par la loi. Afin d'obtenir de plus amples renseignements ou pour toute autre question, veuillez contacter le Programme pour discuter avec l'agent 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 décidez de retirer votre consentement au Programme, sachez que vous risquez de ne plus pouvoir bénéficier des 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 renseignements comme il est 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 ces rapports ainsi que de la conformité de l'acceptation de cette aide financière.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter le Programme qui saura vous aider. Pour obtenir des renseignements sur les politiques et procédures du Programme en matière de protection de la vie privée, veuillez contacter l'agent de la protection de la vie privée du Programme au 1 855 310-5102 ou consulter le site www.jampcare-support.ca