



## I. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT REMARQUE: Les astérisques (\*) indiquent les champs obligatoires, les croix (†) indiquent les champs obligatoires pour l'évaluation du programme de transition.

Prénom\* \_\_\_\_\_ Nom\* \_\_\_\_\_ Sexe  masculin  Sexe féminin  Date de naissance \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj mm aaaa

Adresse \_\_\_\_\_ Téléphone\* \_\_\_\_\_  OK pour laisser un message

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Moyen de communication préféré  Téléphone  Courriel Langue préférée  Anglais  Français

Couvert par une assurance-santé privée\* \_\_\_\_\_  Couvert par l'assurance du(de la) conjoint(e)  
Compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Consentement: En fournissant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir, par voie électronique, les communications de NKS Assist («NKS») agissant pour le compte de JAMP Canada Inc., contenant des informations et des mises à jour relatives à mon inscription au Programme de soutien aux patients JAMP CARE (le «Programme»). Je comprends que je peux retirer mon consentement à ces communications à tout moment en avisant JAMPCARE@nksassist.ca

J'accepte d'être contacté(e) de temps à autre par JAMP CANADA ou ses agents autorisés en vue de répondre à des enquêtes confidentielles portant sur le Programme. Je comprends que je peux, à tout moment, retirer mon consentement à être contacté(e) à cette fin en contactant le Programme de soutien aux patients JAMPCARE à l'adresse JAMPCARE@nksassist.ca

### J'AI LU ET COMPRIS LES TERMES DU CONSENTEMENT FIGURANT AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE ET JE LES ACCEPTE.

Signature du patient ou de son représentant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj mm aaaa

Si le formulaire est signé par le représentant du patient, veuillez mentionner son nom et expliquer à quel titre il agit pour le compte du patient:

CONSENTEMENT VERBAL OPTIONNEL: À remplir par le prestataire de soins de santé (le cas échéant). Si le prestataire de soins de santé ne peut obtenir le consentement écrit du patient, veuillez indiquer la date à laquelle le consentement verbal du patient a été recueilli. Le Programme pourra ainsi continuer à traiter cette inscription pendant que le consentement écrit est recueilli par le Programme.

Consentement verbal obtenu par \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
le prestataire de soins de santé Nom jj mm aaaa

## II. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PRESCRIPTEUR\*

Nom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopie \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

### ÉVALUATION DE LA COUVERTURE POUR LE PROGRAMME DE TRANSITION

Diagnostic: HAQ: \_\_\_\_\_ Valeur de la CRP: \_\_\_\_\_ VS: \_\_\_\_\_

Arthrite psoriasique (PsA)† NAG: \_\_\_\_\_ Autre: \_\_\_\_\_  
CRP = protéine C-réactive; VS = vitesse de sédimentation; HAQ = questionnaire d'évaluation de l'état de santé; NAG = nombre d'articulations gonflées

Autre: \_\_\_\_\_

Présence de:

Dactylite  Oui  Non

Ténosynovite  Oui  Non

Enthésite  Oui  Non

Signes radiographiques de PsA ou d'érosion articulaire à l'examen d'imagerie:  Oui  Non

Douleur dorsale inflammatoire:  Oui  Non

**Antécédents thérapeutiques (posologie, début du traitement, fin du traitement, motif de l'arrêt, etc.)**

Sulfasalazine: \_\_\_\_\_

Léflunomide: \_\_\_\_\_

Méthotrexate: \_\_\_\_\_

Médicaments biologiques (précisez): \_\_\_\_\_

Autre: \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ORDONNANCE\*

Ordonnance pour la trousse de départ (titrage) pour JAMP aprémilast

À prendre selon les instructions (x 14 jours, 27 comprimés, 0 recharge)

Autre: \_\_\_\_\_

Ordonnance d'entretien pour JAMP aprémilast

Prendre 30 mg PO 2x/j pendant 28 jours. Recharge(s): \_\_\_\_\_

Autre: \_\_\_\_\_

Instructions spéciales \_\_\_\_\_

### AUTORISATION DU PRESCRIPTEUR\*

J'autorise NKS Assist à être mon agent désigné pour transmettre en mon nom l'ordonnance mentionnée ci-dessus, par télécopie ou par un autre moyen, à la pharmacie spécialisée du Programme ou à la pharmacie choisie par le patient nommé ci-dessus. Cette ordonnance représente l'ordonnance originale. La pharmacie choisie est le seul destinataire prévu et il n'en existe pas d'autre. L'ordonnance originale a été rendue non valable et rangée dans un endroit sûr. Elle ne sera pas transmise ailleurs à un autre moment.

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj mm aaaa Numéro de permis \_\_\_\_\_

\* Champ obligatoire.

† Champ obligatoire pour l'évaluation du programme de transition.  
2x/j = deux fois par jour; PO = prendre par la bouche.



Si vous avez des questions à propos du programme, veuillez contacter le Programme de soutien aux patients JAMP Care: 1-833-833-1810, du lundi au vendredi de 8 h à 20 h (HE)  
Veuillez envoyer le formulaire rempli par télécopie au 1-833-833-1899



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

Le programme de soutien aux patients JAMP Care<sup>MC</sup> est parrainé et offert par Groupe JAMP Pharma («**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 1-833-833-1810 ou en visitant le site [www.jampcare-support.ca](http://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 1-833-833-1810 ou consulter le site [www.jampcare-support.ca](http://www.jampcare-support.ca)