

Programme de soins aux patients sous MYLAN-Fingolimod –

Formulaire d'inscription et de consentement

Téléphone : 1 888 223-0038 Télécopieur : 1 844 751-9982

Section 1. Renseignements concernant le patient			
Prénom :		Nom de famille :	
Adresse :		Ville :	Province : Code postal :
Courriel :		Numéro de tél. cellulaire :	Autre numéro de tél. :
Date de naissance : (A A A A / M M / J J)		<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	
Remboursement (sélectionnez toutes les options qui s'appliquent) : <input type="radio"/> Privé <input type="radio"/> Public :		Numéro de contrat du régime :	Numéro de certificat du participant au régime/numéro d'identification du client :
1.			
2.			
3.			
Numéro de carte santé (le cas échéant) :			
Moyens de communication privilégiés (cochez toutes les options qui s'appliquent) : <input type="radio"/> Tél. <input type="radio"/> Courriel <input type="radio"/> Message texte			
S'il n'y a pas de réponse, le programme peut-il laisser un message? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
Meilleur moment de la journée pour vous contacter : <input type="radio"/> Matin <input type="radio"/> Après-midi <input type="radio"/> Soir <input type="radio"/> Aucune préférence			
Section 2. Renseignements concernant le prescripteur			
Prénom :		Nom de famille :	
Adresse :		Ville :	Province : Code postal :
Nom du cabinet :	Courriel du cabinet :	N° de tél. du cabinet :	N° de téléc. du cabinet :
Section 3. Renseignements concernant la pharmacie			
Nom de la pharmacie :		Nom du pharmacien :	
Adresse :		Ville :	Province : Code postal :
N° de tél. de la pharmacie :		N° de téléc. de la pharmacie :	
Section 4. Consentement du patient			
En signant ci-dessous, j'indique souhaiter participer au programme comme mon professionnel de la santé me l'a décrit et m'en a informé. Je confirme aussi avoir lu et bien compris les modalités du consentement du patient se trouvant au dos de ce formulaire.			

Veuillez faire parvenir le formulaire rempli par télécopieur au programme au 1 844 751-9982.

Programme de soins aux patients sous MYLAN-Fingolimod –

Formulaire d'inscription et de consentement

Téléphone : 1 888 223-0038 Télécopieur : 1 844 751-9982

Signature du patient :	Date de la signature : (A A A A / M M / J J)
<input type="checkbox"/> Consentement verbal obtenu pour le programme de soins aux patients Mylan-Fingolimod du patient susmentionné.	
Signature du PS :	Date de la signature : (A A A A / M M / J J)

CONSENTEMENT DU PATIENT :

Le programme de soins aux patients sous Mylan-Fingolimod (« le programme ») est un programme de Mylan Pharmaceuticals ULC (« Mylan ») visant à offrir une aide à l'obtention du remboursement et un soutien en lien avec le traitement aux patients devant prendre Mylan-Fingolimod. Chez Mylan, nous nous engageons à respecter vos droits en matière de vie privée. Il est important que vous compreniez comment les renseignements que vous nous fournirez dans le cadre de ce programme seront utilisés.

De façon générale, nous entendons par le terme *renseignements personnels* tout renseignement concernant une personne physique identifiable, y compris, mais sans s'y limiter, son nom, son adresse et son numéro de téléphone (« renseignements personnels »). En conformité avec les lois et règlements applicables, Mylan a mandaté le fournisseur tiers (« le fournisseur tiers ») d'assurer la collecte et le traitement des renseignements personnels pour le programme. Mylan n'aura pas accès à vos renseignements personnels, hormis des renseignements regroupés non identifiables, sous réserve de ses exigences et devoirs légaux décrits dans le présent document.

En acceptant de participer au programme, vous consentez à fournir au fournisseur tiers et à votre professionnel de la santé vos renseignements personnels (par exemple, votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone, votre sexe ainsi que de l'information sur vos assurances et votre état de santé). Ces renseignements seront recueillis dans les documents et dans la base de données du programme; ils seront utilisés pour permettre l'inscription au programme et pour atteindre ses objectifs. Dans le cadre des objectifs du programme, vos renseignements personnels pourraient être divulgués à :

- votre professionnel de la santé, aux fins d'inscription au programme et du traitement qui y est lié;
- des assureurs et des organismes gouvernementaux, aux fins de traitement des demandes de remboursement;
- des professionnels de la santé, à des fins liées à votre traitement (les « fins »).

Le dossier contenant vos renseignements personnels sera rendu accessible aux employés, aux sous-traitants et aux agents du fournisseur tiers autorisés qui auront besoin d'accéder à ces renseignements dans le cadre des fins. Nous nous sommes assurés contractuellement que le fournisseur tiers offre un haut niveau de protection des renseignements personnels et est responsable de la sûreté des renseignements personnels. Il n'est pas autorisé à recueillir, à utiliser ou à divulguer les renseignements personnels, hormis lorsque nécessaire pour la prestation des services en lien avec les fins du programme telles que décrites dans le présent document ou pour le respect des exigences légales. Les renseignements personnels seront principalement conservés dans une base de données électronique sécurisée.

Vos renseignements personnels seront communiqués à Mylan de la façon suivante : Mylan recevra des rapports du fournisseur tiers ne décrivant les données et les résultats du programme que de façon regroupée et anonyme. Aucun renseignement personnel ne sera communiqué, divulgué ou transféré à Mylan. Plus spécifiquement, les données statistiques en lien avec le programme seront regroupées et anonymisées, puis transmises à Mylan, aux fournisseurs de soins de santé et à d'autres tiers, selon le cas. Mylan pourrait diffuser et/ou publier ces données statistiques de quelque manière que ce soit. Mylan se réserve le droit de transférer tout renseignement personnel lié au programme en lien avec la vente ou le transfert de la totalité ou d'une partie de son entreprise, de ses actifs ou de ses droits y afférant. Si une telle vente ou un tel transfert devait avoir lieu, nous exigerions que l'acquéreur utilise et divulgue les renseignements personnels que vous aurez fournis par le biais de ce programme d'une façon qui serait en accord avec les fins présentées dans le présent document.

Vous consentez à être contacté par téléphone, message texte ou courriel, ainsi qu'au transfert de vos renseignements personnels par téléphone, télécopieur ou courriel entre le programme, votre assureur et votre ou vos fournisseurs de soins de santé aux fins de détermination de votre admissibilité au programme et de prestation des services du programme. Des courriels ou des messages textes pourraient être utilisés au cours de votre participation au programme pour vous informer de votre statut au sein du programme, pour fournir les services du programme et pour envoyer des notifications ou des rappels. Vous reconnaissez que ni les courriels ni les messages textes ne constituent un moyen de communication sûr. Il est possible pour un tiers d'accéder aux renseignements contenus dans des courriels ou des messages textes et de les lire. L'utilisation des moyens de communication électroniques est facultative et vous pouvez retirer votre consentement à l'utilisation de ces moyens en tout temps.

Si vous fournissez des renseignements concernant la survenue d'un effet indésirable au cours de l'utilisation d'un produit de Mylan, nous pourrions devoir utiliser ces renseignements pour soumettre un rapport à Santé Canada et/ou à d'autres organismes de réglementation pertinents. Nous pourrions devoir vous contacter et/ou communiquer avec votre professionnel de la santé pour obtenir davantage d'information. Vous comprenez que, afin de nous conformer à la loi, nous pourrions ne pas être autorisés à satisfaire votre demande de modification ou de suppression de renseignements personnels que vous nous aurez fournis ou que vous aurez fournis à un tiers concernant un effet indésirable survenu au cours de l'utilisation d'un produit de Mylan. Le processus de signalements d'effets indésirables pourrait inclure et/ou être géré par des sociétés affiliées de Mylan ou des fournisseurs de services tiers engagés à cette seule fin. Seuls les employés, les agents et les fournisseurs de services autorisés ayant besoin des renseignements contenus dans la base de données pour l'exercice de leurs fonctions de pharmacovigilance ont accès à celle-ci.

La collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements prévues dans le présent document peuvent exiger le transfert de renseignements dans des territoires situés hors de votre pays de résidence qui pourraient ne pas avoir de lois et de règles équivalentes en ce qui a trait aux renseignements personnels. Les mesures contractuelles raisonnables que nous pourrions prendre pour protéger vos renseignements personnels lors de leur traitement ou de leur manipulation par ces tiers sont assujetties aux exigences légales étrangères applicables, comme les exigences légales de divulguer les renseignements personnels aux autorités

Veuillez faire parvenir le formulaire rempli par télécopieur au programme au 1 844 751-9982.

Programme de soins aux patients sous MYLAN-Fingolimod –

Formulaire d'inscription et de consentement

Téléphone : 1 888 223-0038 Télécopieur : 1 844 751-9982

gouvernementales dans ces pays. Le fournisseur tiers ne conservera vos renseignements personnels qu'aussi longtemps que nécessaire pour répondre aux fins du programme.

Vous disposez de certains droits en ce qui a trait à l'accès et à la correction des renseignements personnels contenus dans votre dossier. Pour exercer ces droits, ou si vous avez des questions, des inquiétudes ou des commentaires à formuler, vous pouvez utiliser les coordonnées indiquées ci-dessous. Si les renseignements personnels recueillis sont incorrects, inexacts ou désuets, le fournisseur tiers corrigera ces renseignements personnels dans un délai raisonnable. Par la présente, Mylan consent à respecter et à se conformer aux dispositions établies dans la législation fédérale et provinciale applicable sur la confidentialité. Si, en vertu de la législation applicable sur la confidentialité, vous deviez bénéficier d'une protection supplémentaire n'étant pas mentionnée dans le présent document, Mylan consent à mettre en place les mesures nécessaires à conférer cette protection supplémentaire.

Si vous avez des questions, des inquiétudes ou des commentaires à formuler concernant nos pratiques en matière de confidentialité ou si vous désirez accéder à vos renseignements personnels et les faire corriger, veuillez contacter le programme de soins aux patients sous Mylan-Fingolimod au numéro de téléphone suivant : 1 888 223-0038.

La participation à ce programme est entièrement volontaire et vous pouvez mettre fin à votre participation en tout temps, sans avoir à fournir de raison, en contactant le programme de soins aux patients sous Mylan-Fingolimod. Une fois que vous aurez mis fin à votre participation, vos renseignements personnels ne seront plus utilisés. Cependant, tout renseignement personnel ayant déjà été fourni au moment où vous mettez fin à votre participation pourra être utilisé sous forme regroupée et anonymisée aux fins du programme.

Mylan se réserve le droit de modifier le programme, y compris ses critères d'admissibilité, ou de mettre un terme au programme en tout temps et sans préavis.

Ce formulaire d'autorisation sera valide tant que vous recevrez des services du programme.

Veillez faire parvenir le formulaire rempli par télécopieur au programme au 1 844 751-9982.