

Renseignements sur le patient

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone privilégié Autre numéro	Adresse courriel	Représentant légal	Lien avec le patient Téléphone du représentant légal

Renseignements concernant l'assurance

Le patient a-t-il accès à un régime d'assurance médicaments (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)?

Privé Public Inconnu Aucune couverture

Le cas échéant, une autorisation spéciale a-t-elle été envoyée à l'assureur? Oui Non

Si oui, date à laquelle l'autorisation spéciale a été soumise (JJ/MM/AAAA) :

Consentement du patient

Veuillez passer en revue le consentement à l'inscription à la page 2 du présent formulaire. Veuillez noter que le consentement écrit est requis dans la province de l'Alberta.

J'ai pris connaissance des renseignements relatifs au consentement du patient à la page 2 et je consens expressément à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements me concernant, comme il est décrit dans le présent document.

J'autorise le programme à laisser un message vocal qui peut contenir des renseignements personnels ou relatifs à la santé au(x) numéro(s) de téléphone indiqué(s) ci-dessus.

Signature du patient ou du principal représentant légal	Date (JJ/MM/AAAA)
---	-------------------

Renseignements sur la pharmacie (requis pour les changements de traitement)

Nom de la pharmacie	Nom du pharmacien
Adresse de la pharmacie	Ville Province Code postal
Téléphone	Télécopieur Adresse courriel

Si la signature du patient est absente, je confirme que le consentement verbal a été obtenu au nom du patient ou de son principal représentant légal.

Signature du pharmacien	N° de permis	Date (JJ/MM/AAAA)
-------------------------	--------------	-------------------

Renseignements sur le médecin (obligatoire pour l'inscription de patients n'ayant jamais reçu de traitement)

Prénom du médecin	Nom de famille
Téléphone du médecin	Télécopieur du bureau
Adresse	Adresse courriel du médecin
Ville	Province Code postal

Nom de la clinique ou de l'établissement

Étampe

Diagnostic/évaluation clinique

Changement de traitement – le patient passe du produit de marque au produit générique Jamais traité(e) – patients n'ayant jamais reçu de traitement

La section ci-dessous doit être remplie par un médecin (obligatoire pour l'inscription de patients n'ayant jamais reçu de traitement)

Le patient a reçu un diagnostic de sclérose en plaques récurrente-rémittente conforme à la monographie du produit.

Autre diagnostic _____

Score EDSS : _____ Date d'obtention du score (JJ/MM/AAAA) _____

Nombre de rechutes au cours des 24 derniers mois _____

Le patient a l'autorisation de son médecin pour commencer le traitement. Oui Non

Si non, date prévue du début du traitement : (JJ/MM/AAAA) _____

Renseignements concernant l'ordonnance

La section ci-dessous doit être remplie par un médecin (obligatoire pour l'inscription de patients n'ayant jamais reçu de traitement)

Seringue préremplie de 20 mg/mL du produit Acétate de glatiramère injectable de Viatris (DIN : 02541440)

• Injecter 20 mg par voie sous-cutanée une fois par jour

• Distribuer : 1 boîte de 30 seringues (approvisionnement de 30 jours)

Renouvellements

Renouvelable pendant un an : approvisionnement de 30 jours x 11 renouvellements

Autre : _____

Je certifie qu'il s'agit d'une ordonnance originale.

Consentement du médecin et ordonnance (obligatoire pour l'inscription de patients n'ayant jamais reçu de traitement)

J'ai prescrit le médicament indiqué sur ce formulaire conformément à la monographie du produit et j'accepte que mon patient soit inscrit au programme.

Si la signature du patient est absente, je confirme que le consentement verbal a été obtenu au nom du patient ou de son principal représentant légal.

Signature du médecin	Numéro de permis	Date (JJ/MM/AAAA)
----------------------	------------------	-------------------

VIATRIS ADVOCATE (« le programme ») est un programme de Mylan Pharmaceuticals ULC (« Viatris ») dont l'objectif est de fournir des services de soutien en lien avec un traitement (« les services ») aux patients ayant besoin d'Acétate de glatiramère injectable (« l'objectif du programme »). Les services du programme comprennent une aide à l'obtention du remboursement, une aide financière pour les patients admissibles (sauf au Québec), du soutien relatif à l'injection et des conseils en matière de traitement.

Chez Viatris, 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, son sexe, son régime d'assurance ainsi que les renseignements liés à sa santé (« renseignements personnels »). En conformité avec les lois et règlements applicables, Viatris a mandaté le fournisseur tiers (« le fournisseur tiers ») pour assurer la collecte et le traitement des renseignements personnels pour le programme. Viatris 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 vos renseignements personnels au fournisseur tiers et à votre professionnel de la 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. Dans le cadre de l'objectif du programme, vos renseignements personnels pourraient être divulgués à :

- votre médecin et votre pharmacien, 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 du programme. Les renseignements personnels peuvent être conservés ou traités à l'extérieur du Canada, où ils peuvent être assujettis aux lois de pays étrangers. De plus, pour les résidents du Québec, les renseignements personnels peuvent être conservés ou traités à l'extérieur de la province de Québec. 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 et pour le respect des exigences légales.

Vos renseignements personnels seront communiqués à Viatris de la façon suivante : Viatris 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 Viatris. Plus précisément, les données statistiques en lien avec le programme seront regroupées et anonymisées, puis transmises à Viatris, aux professionnels de la santé et à d'autres tiers, selon le cas. Viatris pourrait diffuser et/ou publier ces données statistiques de quelque manière que ce soit. Viatris se réserve le droit de transférer toutes les données relatives 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 données relatives au programme que vous aurez fournies par le biais de ce programme d'une façon qui serait en accord avec les fins présentées dans le présent document.

Vous consentez à ce qu'on communique avec vous par téléphone, courriel et message texte, ainsi qu'au transfert de vos renseignements personnels par télécopieur, courriel ou message texte entre le fournisseur tiers, votre assureur et votre ou vos professionnels de la santé aux fins de détermination de votre admissibilité au programme et à la 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 les messages textes et les courriels ne constituent pas des moyens de communication sûrs. Il est possible pour un tiers d'accéder aux renseignements contenus dans des messages textes ou des courriels 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 Viatris, 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 Viatris. Le traitement des signalements d'effets indésirables pourrait faire intervenir et/ou être géré par des sociétés affiliées de Viatris 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 gouvernementales dans ces pays. Le fournisseur tiers ne conservera vos renseignements personnels qu'aussi longtemps que nécessaire pour répondre aux fins du programme.

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 VIATRIS ADVOCATE au numéro de téléphone suivant : 1 888 223-0038.

Pour les pharmaciens et les médecins :

J'ai lu la section sur le consentement du patient du présent formulaire et je confirme ce qui suit :

- 1) Médecins seulement : Je consens à ce que mon patient soit inscrit au programme de soutien aux patients Viatris Advocate (« le programme »).
- 2) Médecins seulement : J'ai prescrit le médicament indiqué sur ce formulaire conformément à la monographie du produit.
- 3) J'ai obtenu le consentement exprès du patient pour fournir au programme les renseignements contenus dans le présent formulaire et tout autre renseignement pertinent à la prestation des services du programme.

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 VIATRIS ADVOCATE. 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. Viatris 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.



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