

REQUÊTE DU MÉDECIN ET CONSENTEMENT DU PATIENT POUR LE PROGRAMME YOURVANTAGE^{MC}

Veillez vous assurer de remplir ce formulaire en entier afin d'éviter tout délai dans le traitement de votre demande.

Télécopiez les formulaires dûment
remplis au 1-844-295-0198.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom:	Prénom:	Date de naissance:	Sexe:	Langue de préférence:
Adresse:		Ville:	Province:	Code postal:
Tél. domicile:	Tél. cellulaire:	Tél. bureau:	Courriel:	
Mode de communication à privilégier (veuillez cocher une des cases ci-dessous): <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Courriel	Autorisation de laisser un message ou un courriel: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre personne-ressource (Nom/Lien/N° de tél.):		
Allergies: <input type="checkbox"/> Oui, veuillez préciser:			<input type="checkbox"/> Non	
Information sur l'aide au remboursement (veuillez cocher une des cases): <input type="checkbox"/> Risque cytogénétique standard <input type="checkbox"/> Risque cytogénétique élevé <input type="checkbox"/> Risque cytogénétique inconnu				

DIRECTIVES DU MÉDECIN

Remplissez l'ordonnance ci-dessous. La dose de départ recommandée de NINLARO^{MC} est de 4 mg (une capsule) administrés par voie orale une fois par semaine aux jours 1, 8 et 15 d'un cycle de traitement de 28 jours. Veuillez consulter la monographie du produit afin d'obtenir les détails de prescription.

Dose de NINLARO^{MC} (veuillez cocher une seule case): <input type="checkbox"/> 4 mg <input type="checkbox"/> 3 mg <input type="checkbox"/> 2,3 mg	Quantité: 1 mois = 1 cycle = 3 capsules
Cette ordonnance peut servir de prescription, là où le droit le permet. La pharmacie contactera le médecin prescripteur si elle requiert des renseignements additionnels pour exécuter l'ordonnance.	<input type="checkbox"/> Autre ordonnance à émettre

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin:	N° de permis:	Tél.:	Télec.:
Adresse du bureau du médecin:	Ville:	Province:	Code postal:
Nom de la personne-ressource (bureau du médecin):	Tél. de la personne-ressource (bureau du médecin):	Télec. de la personne-ressource (bureau du médecin):	
Signature du médecin prescripteur:			Date:
En signant le présent formulaire à titre de médecin prescripteur, je reconnais avoir pris connaissance de la monographie de NINLARO ^{MC} (ixazomib), y compris l'indication et l'information posologique. J'ai expliqué les risques et les bienfaits du médicament à mon patient et je fais appel à mon jugement médical en prescrivant NINLARO ^{MC} (ixazomib).			

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRINCIPAL COORDONNATEUR DU PATIENT

Personne responsable de coordonner les services offerts au patient, dont l'inscription et le remboursement

Nom du principal coordonnateur du patient:	Titre:		
Tél.:	Télec.:	Courriel:	
<input type="checkbox"/> Documentation aux fins de remboursement ci-jointe (le cas échéant)			

CONSENTEMENT DU PATIENT

En tant que patient, je confirme que je demande à un coordonnateur NINLARO^{MC} (ixazomib) de communiquer avec moi afin de m'inscrire au programme YOURVANTAGE^{MC} et de coordonner cette inscription avec le médecin prescripteur ou le principal coordonnateur du patient.	
Nom du patient ou de son représentant légal (en lettres moulées S.V.P.):	Date:
Signature du patient ou de son représentant légal:	
ÉTAPES SUIVANTES: Pour le médecin prescripteur ou le principal coordonnateur du patient: Après avoir reçu le formulaire d'inscription, le coordonnateur du programme communiquera avec vous pour vous faire part des mises à jour concernant l'inscription de votre patient. Pour le patient: Après avoir reçu le formulaire d'inscription, le coordonnateur du programme prendra contact avec vous en ce qui concerne l'ordonnance de votre médecin et le programme YOURVANTAGE ^{MC} .	

NINLARO^{MC} (ixazomib [sous forme de citrate d'ixazomib]) en association avec la lénalidomide et la dexaméthasone est indiqué dans le traitement des patients adultes atteints d'un myélome multiple qui ont reçu au moins un traitement antérieur. Consultez la monographie du produit au www.takedacanada.com/ninlaromp pour avoir de plus amples renseignements sur les contre-indications, les mises en garde et précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'utilisations clinique. Vous pouvez aussi vous procurer la monographie du produit en appelant au 1-866-295-4636.

Le programme YOURVANTAGE^{MC} est un programme de soutien aux patients administré par Innomar Strategies inc. (faisant affaire sous la raison sociale AmerisourceBergen Specialty Canada), un fournisseur de services indépendant de Takeda Canada inc. Les fournisseurs de services peuvent changer, et ce, à l'entière discrétion de Takeda Canada inc. YOURVANTAGE^{MC} est une marque de commerce de Takeda Canada inc. NINLARO^{MC} est une marque de commerce de Millennium Pharmaceuticals, Inc. utilisée sous licence par Takeda Canada inc.

Entente relative à la divulgation de renseignements médicaux du patient

Takeda Canada inc. a mandaté la gestion du programme YOURVANTAGE^{MC} (le « Programme ») à l'Administrateur. Dans le cadre de mon inscription au présent Programme, j'accepte les dispositions suivantes et y consens :

- Mes fournisseurs de soins de santé, l'Administrateur et le personnel du Programme YOURVANTAGE^{MC} (le « Personnel du Programme ») peuvent recueillir, utiliser, conserver et se communiquer mes renseignements médicaux afin de déterminer mon admissibilité au Programme, de mener les activités et de me fournir les services prévus par ledit Programme; et
- Le Personnel du Programme peut communiquer avec moi et me laisser des messages concernant mes renseignements médicaux ou tout autre renseignement requis aux fins de l'administration du Programme.

Je comprends également que :

- Le Personnel du Programme n'est pas autorisé à (i) recueillir, utiliser, divulguer ou conserver mes renseignements médicaux pour toute autre fin que celles susmentionnées ni à (ii) communiquer mes renseignements médicaux à d'autres parties que mes fournisseurs de soins de santé (y compris Takeda Canada inc. et les membres de son personnel), à moins que tout renseignement permettant de m'identifier soit retiré (par exemple, mon nom et mon adresse);
- Je peux retirer mon consentement à tout moment en envoyant une demande signée à l'Administrateur par télécopieur au numéro indiqué ci-dessus ou par la poste à l'adresse qui apparaît ci-dessous; le cas échéant, je comprends que, dans la mesure où un tel consentement est nécessaire pour recevoir les services offerts dans le cadre du Programme, ma participation au Programme peut être interrompue et je ne recevrai notamment peut-être pas d'aide par rapport au remboursement de NINLARO^{MC};
- Sauf dans les situations où la loi l'interdit, je peux obtenir une copie de mes renseignements médicaux et corriger toute erreur que j'y repère et/ou envoyer toute question par rapport à la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation de mes renseignements médicaux à l'Administrateur en utilisant l'adresse qui apparaît ci-dessous;
- Toute conversation téléphonique avec l'Administrateur dans le cadre de l'administration du Programme YOURVANTAGE^{MC} peut faire l'objet d'une écoute ou d'un enregistrement en vue d'assurer ma protection et celle de l'Administrateur;
- Mes renseignements médicaux peuvent être recueillis, utilisés, divulgués et/ou conservés ailleurs que dans ma province, mon territoire ou mon pays, et que les lois en matière de confidentialité en vigueur dans ces pays peuvent être moins strictes que celles du Canada et de ses provinces; et
- J'ai le droit de recevoir une copie du présent document.

En apposant ma signature ci-dessous, j'affirme avoir lu et compris les présentes conditions.

L'**Administrateur** qui dirige et administre le Programme de manière autonome est Innomar Strategies inc., situé au 3470, Superior Court, Oakville (Ontario) L6L 0C4, Canada (Tél. du Programme: 1-844-884-4968; Courriel: ninlaro@yourvantage.ca) et ses sociétés affiliées ou AmerisourceBergen Specialty Group Canada inc., situé au 4707, rue Levy, St-Laurent (Québec) H4R 2P9, Canada, et ses sociétés affiliées. Je comprends que l'Administrateur peut changer à tout moment sans préavis et j'accepte que le consentement que j'accorde par les présentes s'applique également à tout autre Administrateur du Programme.

Les **renseignements médicaux** comprennent, sans s'y limiter, vos renseignements personnels (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, information financière, etc.) et vos renseignements médicaux personnels (antécédents médicaux, troubles médicaux, renseignements concernant votre traitement ou votre assurance maladie, etc.).

Les **fournisseurs de soins de santé** comprennent, sans s'y limiter, vos médecins, infirmières, pharmaciens et assureurs de soins médicaux.

L'objectif du **Programme YOURVANTAGE^{MC}** est d'assister les patients auxquels l'on a prescrit NINLARO^{MC} (ixazomib). Le personnel du **Programme YOURVANTAGE^{MC}** inclut les coordonnateurs YOURVANTAGE^{MC} ainsi que les employés et consultants de l'Administrateur.

Je consens à recevoir des communications de la part de Takeda Canada inc., de l'Administrateur et du Personnel du Programme par courriel (ninlaro@yourvantage.ca) afin de déterminer mon admissibilité au Programme, de mener les activités ou de me fournir les services prévus par ledit Programme. Les communications électroniques peuvent être envoyées à l'adresse courriel que j'ai fournie. Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment : Oui Non

Signature du patient ou de son représentant légal: _____

Date: _____

Nom du patient ou de son représentant légal (en lettres moulées S.V.P.): _____

Lien unissant le patient à son représentant légal: _____