

Renseignements sur le patient ou la patiente

Prénom : _____ Nom de famille : _____ DDN (MM/JJ/AAAA) : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____ N° de carte santé : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____
Compagnie d'assurance : _____ N° de groupe : _____ N° de certificat : _____

Meilleur moment pour le contact : ☐ Matin ☐ Après-midi ☐ Soirée

L'équipe AccèsLiaison peut-elle vous laisser un message?
☐ Oui ☐ Non

Représentant(e) autorisé(e) (le cas échéant)

Nom : _____ Téléphone : _____ Courriel : _____

Indication et ordonnance

Traitement antiandrogène pour le cancer de la prostate

Eligard ☐ 7,5mg SC q1mois ☐ 22,5mg SC q3mois ☐ 30mg SC q4mois ☐ 45mg SC q6mois Qté : _____ jours Repetatur : _____	Firmagon ☐ 240mg SC 1 fois (dose initiale) ☐ 80mg SC q1mois par la suite Qté : _____ jours Repetatur : _____	Lupron Depot ☐ 7,5mg IM q1mois ☐ 22,5mg IM q3mois ☐ 30mg IM q4mois Qté : _____ jours Repetatur : _____	Orgovyx ☐ 360mg PO jour 1, puis réduire à 120mg PO 1 fois/jour par la suite Qté : _____ jours Repetatur : _____	Trelstar ☐ 11,25mg IM q3mois ☐ 22,5mg IM q6mois Qté : _____ jours Repetatur : _____	Zeulide Depot ☐ 3,75mg IM q1mois ☐ 22,5mg IM q3mois Qté : _____ jours Repetatur : _____	Zoladex ☐ 3,6mg SC q1mois ☐ 10,8mg SC q3mois Qté : _____ jours Repetatur : _____
---	---	---	--	--	--	---

Résistant à la castration non métastatique — temps de dédoublement de l'APS < 10 mois

☐ Apalutamide 240mg PO 1 fois/jour
☐ Darolutamide 600mg PO 2 fois/jour
☐ Enzalutamide 160mg PO 1 fois/jour
☐ Autre : _____

Qté : _____ jours
Repetatur : _____

Métastatique sensible à la castration

☐ Abiraterone 1000mg PO 1 fois/jour + Prednisone 5mg PO 1 fois/jour
☐ Apalutamide 240mg PO 1 fois/jour
☐ Darolutamide 600mg PO 2 fois/jour
☐ Enzalutamide 160mg PO 1 fois/jour
☐ Autre : _____

Qté : _____ jours
Repetatur : _____

Métastatique sensible à la castration

☐ Abiraterone 1000mg PO 1 fois/jour + Prednisone 5mg PO 1 fois/jour
☐ Darolutamide 600mg PO 2 fois/jour
☐ Enzalutamide 160mg PO 1 fois/jour
☐ Autre : _____

Qté : _____ jours
Repetatur : _____

Mutations des gènes de la voie RRH (BRCA1, BRCA2)

☐ Niraparib 200mg PO 1 fois/jour + Abiraterone 1000mg PO 1 fois/jour + Prednisone 5mg PO 1 fois/jour
☐ Olaparib 300mg PO 2 fois/jour + Abiraterone 1000mg PO 1 fois/jour + Prednisone 5mg PO 1 fois/jour
☐ Autre : _____

Qté : _____ jours
Repetatur : _____

Santé des os

Risque de fracture élevé

☐ Denosumab 60mg SC q6mois
☐ Carbonate de calcium 1000mg PO 1 fois/jour
☐ Vitamine D (risque de fracture élevé) 1000IU PO 1 fois/jour
☐ Autre : _____

Qté : _____ jours
Repetatur : _____

Présence de métastase osseuse

☐ Denosumab 120mg SC q6mois

Qté : _____ jours
Repetatur : _____

Symptômes associés aux voies urinaires

☐ Botox 100 unités/flacon
Injection par le médecin comme indiqué

Qté : _____ jours
Repetatur : _____

Commentaires supplémentaires :

Services supplémentaires :

Date de première injection (MM/JJ/AAAA) : _____

☐ **Urgent** Envoyer à : ☐ Clinique de la personne prescriptrice ☐ Programme PC-PEP
☐ Résidence du (de) la patient(e) ☐ Autre : _____

Consentement et signature du patient ou de la patiente

☐ Le patient, la patiente, le représentant autorisé ou la représentante autorisée a consenti à recevoir des communications d'AccèsLiaison pour obtenir de l'aide à la recherche de médicaments et accepte les modalités décrites dans les sections A et B du présent formulaire.

Signature du (de la) patient(e) (ou du [de la] représentant[e] autorisé[e]) : _____ Date (MM/JJ/AAAA) : _____

Consentement verbal reçu par : _____

Autorisation de la personne prescriptrice

En signant le présent formulaire, la personne prescriptrice confirme l'exactitude des renseignements saisis et atteste qu'elle a discuté des services d'AccèsLiaison avec le patient, la patiente, le représentant autorisé ou la représentante autorisée, qui consent à recevoir les communications d'AccèsLiaison énoncées ci-dessus. La personne prescriptrice autorise AccèsLiaison à agir en tant que mandataire désigné dans le but de transmettre l'ordonnance à la pharmacie choisie par le patient ou la patiente. Cette ordonnance représente l'original de l'ordonnance médicale. L'ordonnance originale a été annulée et classée en toute sécurité, et elle ne sera pas transmise ou utilisée ailleurs.

Nom de la personne prescriptrice (en caractères d'imprimerie) : _____ Téléc. : _____ Tél. : _____

Adresse : _____ N° de permis d'exercice : _____

Signature de la personne prescriptrice : _____ Date (MM/JJ/AAAA) : _____

A. Survol des services d'AccèsLiaison

Les services d'aide à la recherche de médicaments d'AccèsLiaison (« **AccèsLiaison** ») offerts et administrés par BioScript visent à simplifier l'accès aux soins et aux médicaments pour les patients et patientes par l'entremise de soutien administratif et de la coordination du remboursement des médicaments (les « Services »). Dans le cadre de mon inscription aux services, je comprends que l'on m'offrira des services gratuits et confidentiels de soutien aux patients, y compris, sans toutefois s'y limiter, du soutien administratif, de l'aide à la recherche de médicaments et de l'aide au remboursement, et qu'il est possible que l'on communique avec moi par téléphone, par courriel ou autrement.

Voici des exemples de services offerts :

- l'évaluation des options d'avantages sociaux et l'aide au remboursement, notamment pour préciser les exigences et les critères d'admissibilité aux options de couverture potentielles en vue d'obtenir de l'aide financière;
- la coordination et la soumission des documents et formulaires requis afin de faciliter l'obtention de la couverture d'assurance pour les médicaments prescrits;
- la coordination avec les programmes de soutien aux patients offerts et l'inscription à ceux-ci;
- la coordination des services médicaux, y compris les services de pharmacie, les services cliniques, et d'autres services paramédicaux;
- d'autres services qui peuvent être offerts par AccèsLiaison.

AccèsLiaison n'offre pas de conseils médicaux ou de diagnostics médicaux. Vous acceptez de consulter le médecin responsable de votre traitement ou d'autres prestataires de soins qualifiés si vous avez des préoccupations au sujet de votre santé et de ne pas ignorer leurs conseils médicaux professionnels en raison de l'information obtenue d'AccèsLiaison. AccèsLiaison se réserve le droit de modifier, d'interrompre ou de cesser la prestation de services en tout temps, sans préavis.

Vous confirmez avoir lu les modalités de consentement ci-dessous et vous consentez au transfert de vos renseignements personnels, vos renseignements sur la santé et votre ordonnance (le cas échéant) à AccèsLiaison.

B. Consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels

Quels renseignements sont visés? Par la présente, vous autorisez AccèsLiaison à recueillir, à utiliser et à divulguer vos renseignements personnels et vos renseignements sur la santé, y compris les suivants, afin de vous procurer ses services :

- les renseignements sur l'assurance maladie et l'assurance médicaments;
- les renseignements sur l'ordonnance;
- les interactions médicamenteuses;
- les renseignements sur les effets indésirables;
- les problèmes médicaux et les antécédents;
- les dates de livraison des médicaments et les dates de traitement;
- les renseignements personnels (nom, adresse, coordonnées).

Avec qui partagerons-nous ces renseignements? AccèsLiaison peut recueillir, utiliser et divulguer vos renseignements personnels et vos renseignements sur la santé au besoin afin de vous offrir ses services, y compris dans le cadre d'échanges avec vos prestataires de soins (médecin, infirmier[-ère] praticien[ne], pharmacien[ne], etc.), votre pharmacie préférée, votre assureur ou fournisseur d'avantages sociaux public ou privé, et tout programme de soutien aux patients (PSP) auquel vous vous inscrivez ou inscrirez. Vous autorisez AccèsLiaison à recueillir vos renseignements personnels et vos renseignements sur la santé auprès des personnes et des entreprises nommées ci-dessus ou à les divulguer à celles-ci.

Quel est le but? Le but de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation de vos renseignements personnels et de vos renseignements sur la santé est de vous offrir les services, notamment l'aide au remboursement des médicaments et les déclarations d'effets indésirables, et d'aider votre PSP, vos prestataires de soins et votre pharmacie préférée à vous offrir leurs services. AccèsLiaison utilisera vos renseignements pour vous offrir les services et peut également s'en servir sous forme d'informations agrégées ou anonymisées afin d'améliorer ses produits et services.

Les renseignements personnels et les renseignements sur la santé recueillis dans le cadre de l'inscription au programme seront protégés contre la perte et le vol ainsi que contre la divulgation, la copie, l'utilisation, l'altération et l'accès non autorisés à l'aide de mesures de protection physiques, administratives et techniques raisonnables.

Quelle est la durée du consentement? Le consentement prend effet dès la date indiquée ci-dessus et demeure en vigueur tant et aussi longtemps que vous recevez les services, et il le demeurera pendant une période raisonnable après la fin des services. Vous pouvez refuser ou révoquer votre consentement en tout temps. Si vous refusez le consentement, AccèsLiaison ne sera pas en mesure de vous fournir les services. Si vous révoquez votre consentement, AccèsLiaison ne sera plus en mesure de vous fournir les Services, mais la révocation ne s'appliquera pas rétroactivement.

Vos obligations :

- a) Vous devez nous aviser si votre inscription au(x) PSP prend fin pour une raison quelconque ou s'il y a des changements aux prestataires de soins responsables de votre traitement ou à votre pharmacie préférée.
- b) Vous devez nous fournir des informations et des mises à jour exactes pour que nous puissions vous offrir les services.

Reconnaissance :

- a) Je comprends que mes renseignements personnels et mes renseignements sur la santé peuvent quitter ma province de résidence et peuvent être stockés ou traités à l'extérieur du Canada. Le cas échéant, mes renseignements seraient soumis aux lois du pays où ils sont stockés et pourraient être divulgués à son gouvernement conformément à des circonstances différentes qu'au Canada.
- b) Je comprends la raison pour laquelle on m'a demandé de donner mon consentement à la divulgation de mes renseignements personnels et de mes renseignements sur la santé, et je suis au courant des risques et des avantages associés à donner ou à refuser mon consentement.
- c) Je peux poser toute question au sujet de la confidentialité et de la conformité ou exercer mon droit à la vie privée en communiquant avec l'agent ou l'agent(e) de la protection de la vie privée par courriel (privacyofficer@bioscript.ca) ou par téléphone (1-888-734-3814).
- d) Je peux révoquer mon consentement en tout temps en envoyant un message écrit à AccèsLiaison aux coordonnées ci-dessous.

Services d'aide à la recherche de médicaments d'AccèsLiaison

Pour l'inscription des patients et patientes : veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à AccèsLiaison par télécopieur au 1-855-278-5182. Pour obtenir de l'aide : envoyez un courriel à accesslink@bioscript.ca ou téléphonez-au 1-888-398-0028. Veuillez noter que l'équipe d'AccèsLiaison vérifie les messages quotidiennement et y répond dans un délai de deux (2) jours ouvrables.