

PROGRAMME ACCÈS UNIK

Téléphone : 1-855-756-7660

Télécopieur : 1-855-756-7661

Courriel : ProgrammeAccesUnik@innomar-strategies.com

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU PATIENT

PHEBURANE® (GRANULES DE PHÉNYLBUTYRATE DE SODIUM AU GOÛT MASQUÉ)

DIAGNOSTIC (VEUILLEZ PRÉCISER LA DÉFICIENCE ENZYMATIQUE) : _____

Le diagnostic a-t-il été confirmé? :

Oui (veuillez préciser la méthode de diagnostic utilisée) _____ Non (veuillez préciser la date de confirmation prévue) _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT :

À remplir par le patient ou le tuteur légal.

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ JJ MM AA	SEXE : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRESSE			
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE SECONDAIRE	LAISSER MESSAGES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MEILLEUR MOMENT POUR VOUS JOINDRE : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Soirée
NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER (PARENT/TUTEUR LÉGAL) SI APPLICABLE			
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE À CONTACTER (PARENT/TUTEUR LÉGAL) SI APPLICABLE			COURRIEL

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN :

NOM	SPÉCIALITÉ		
ADRESSE			
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	
CONTACT	TÉLÉPHONE	TÉLÉCOPIEUR	
COURRIEL	MÉTHODE DE CONTACT PRÉFÉRÉE <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Télécopieur <input type="checkbox"/> Courriel		

ORDONNANCE :

Granules de Pheburane® Solution de Pheburane®

DOSE QUOTIDIENNE TOTALE (DE PHÉNYLBUTYRATE DE SODIUM) : _____ À ÊTRE ADMINISTRÉ _____ FOIS PAR JOUR.

DOSE DE PHÉNYLBUTYRATE DE SODIUM : _____ MG / KG / JOUR OU G / M² / JOUR (VEUILLEZ ENCERCLER CELLE QUI S'APPLIQUE)

SIGNATURE DU MÉDECIN _____ NO. DE LICENCE _____ DATE _____

AUTORISATION DU MÉDECIN :

Je prescris selon mon jugement clinique et certifie que l'utilisation de Pheburane® pour ce patient est basée sur ma prise de décision clinique. J'ai examiné la Monographie de produit de Pheburane® et informé le patient (ou son parent / tuteur légal) au sujet des avantages et risques potentiels associés à son utilisation. Je consens à être contacté par des représentants d'Innomar ou de Médunik concernant le patient, Pheburane®, le Programme, ainsi que tout incident indésirable ou plainte liée au produit. Je consens à l'utilisation de mes informations d'ordonnance afin d'administrer le Programme, d'en assurer le suivi et d'évaluer et de démontrer son efficacité. Je comprends également que ces données pourraient être utilisées à des fins d'études sur les résultats cliniques et sur l'économie de la santé et je consens à être contacté par des représentants d'Innomar ou de Médunik à ce sujet dans le futur.

SIGNATURE _____ DATE _____

CONSENTEMENT ET CONFIDENTIALITÉ DU PATIENT

AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ

Médunik Canada a conclu un contrat avec Innomar (l'« Administrateur ») pour offrir le Programme Accès Unik (le « Programme »). Dans le cadre de mon inscription au Programme, j'accepte et je consens à ce qui suit :

- Mes Fournisseurs de soins de santé, l'Administrateur et le personnel du Programme Accès Unik (« Personnel du Programme ») peuvent recueillir, utiliser, divulguer entre eux et conserver mes Renseignements de santé afin de déterminer mon admissibilité au Programme, de mener des activités liées au Programme et de me fournir des services du Programme.
- Le Personnel du Programme peut communiquer avec moi et me laisser des messages concernant mes Renseignements de santé ou toute autre information nécessaire à l'administration du Programme.

Je comprends également que :

- L'Administrateur est tenu de recueillir, utiliser et conserver mes Renseignements de santé en tout temps conformément aux lois applicables, y compris la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques et toute législation provinciale applicable et essentiellement similaire régissant la protection des renseignements personnels.
- Le Personnel du Programme ne va pas (i) recueillir, utiliser, divulguer ou conserver mes Renseignements de santé pour toute activité autre que les activités décrites ci-dessus, et (ii) divulguer mes Renseignements de santé à personne d'autre que mes Fournisseurs de soins de santé (y compris Médunik Canada et ses employés), à condition que les Renseignements de santé qui m'identifient soient enlevés (par exemple, mon nom et adresse).
- Nonobstant ce qui précède, Médunik Canada peut, soit directement ou indirectement par un auditeur tiers, accéder aux Renseignements de santé recueillis par l'Administrateur à des fins de contrôle de qualité ou pour assurer la conformité de l'Administrateur avec la loi applicable.
- Je peux retirer mon consentement à tout moment en envoyant par la poste ou par télécopieur une demande signée à l'Administrateur au 1-855-756-7661 ou à l'adresse ci-dessous mais si je le fais, je comprends que dans la mesure où un tel consentement est nécessaire pour fournir les services du Programme, ma participation au Programme peut être résiliée et, entre autres choses, je ne pourrais pas obtenir de l'aide pour le remboursement de Pheburane®.
- Sauf en cas d'interdiction par la loi, je peux obtenir une copie de mes Renseignements de santé et corriger d'éventuelles erreurs et/ou adresser toute question concernant la collecte, l'utilisation, la divulgation et le stockage de mes Renseignements de santé à l'Administrateur à l'adresse ci-dessous.
- Les appels téléphoniques de ou à l'Administrateur dans le cadre de l'administration du Programme Accès Unik peuvent être écoutés ou enregistrés pour ma protection et celle de l'Administrateur.
- Mes Renseignements de santé peuvent être recueillis, utilisés, divulgués et/ou conservés à l'extérieur de ma province/territoire ou pays, et que les lois de ces pays en ce qui concerne la vie privée peuvent être moins sévères que les lois du Canada et de ses provinces.
- J'ai droit à une copie de ce document.

Administrateur est Innomar Strategies Inc., situé au 3450 Superior Court, Oakville, Ontario, Canada, L6L 0C4, et ses affiliés.

Renseignements de santé comprennent, sans s'y limiter, mes renseignements personnels (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, information financière, etc.) et mes renseignements de santé personnels (antécédents médicaux, état médical, informations relatives à mon traitement, informations relatives à mon assurance-maladie, etc.).

Fournisseurs de soins de santé comprennent, sans s'y limiter, mes médecins, infirmières, pharmaciens et assureur(s) de santé.

Programme Accès Unik est le Programme Accès Unik fourni par Médunik Canada dans le but d'aider les patients à obtenir l'accès à Pheburane®.

Personnel du Programme Accès Unik comprend les employés et consultants de l'Administrateur.

Je, soussigné, confirme que

a) j'ai lu, compris et accepté les termes et conditions de ce formulaire de consentement du Programme Accès Unik, et

b) je comprends et accepte les services offerts par le Programme Accès Unik.

PATIENT/TUTEUR LÉGAL (EN LETTRES MOULÉES)

PATIENT/TUTEUR LÉGAL (SIGNATURE)

DATE (MM/JJ/AA)