



RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (à remplir par le patient)

Numéro de la carte d'assurance maladie : _____

Date de naissance : MM/JJ/AAAA

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Sexe : F M Genre : F M Autre

Tél. (domicile) : _____ Tél. (cell.) : _____

Laisser un message : Oui Non Envoyer un message texte (SMS) : Oui Non

Meilleur moment pour me joindre : Matin Après-midi Soir

Courriel : _____

Allergies connues : Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN (à remplir par le médecin)

Nom du médecin : _____

Numéro de permis : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Tél. (bureau) : _____

Télé. (bureau) : _____

Nom de la personne-ressource : _____

Courriel : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (à remplir par le médecin)

Réponse inadéquate/intolérance :

Corticostéroïdes topiques et autres agents topiques : _____ Cyclosporine : _____

Méthotrexate : _____ Médicaments biologiques : _____

Photothérapie : Oui Non Inaccessible

Autre : _____

ÉVALUATION DE LA DERMATITE ATOPIQUE

Pour une demande initiale de remboursement, veuillez remplir les champs, si nécessaire :

Score EASI : _____ SC (%) : _____

Score IGA : _____ Score DLQI : _____

Autre : _____

EXIGENCES PRÉALABLES AU TRAITEMENT (à remplir par le médecin) (consultez la monographie pour obtenir tous les renseignements sur les tests et la vaccination)

VACCIN SHINGRIX CONTRE LE ZONA*

(accessible aux adultes de ≥ 50 ans et aux adultes de ≥ 18 ans qui sont ou seront exposés à un risque accru de zona en raison d'une immunodéficience ou d'une immunosuppression causée par une maladie connue ou un traitement)

Requis (compléter l'ordonnance ci-dessous) Non requis

Mitte : 1 dose (le patient a déjà reçu la dose initiale)

Mitte : 2 doses

- Dose initiale, mois 0
- La deuxième dose est administrée entre 2 et 6 mois après la dose initiale ou entre 1 et 2 mois après la dose initiale chez les personnes qui sont ou seront immunodéprimées ou qui pourraient bénéficier d'un calendrier de vaccination plus court
- Préciser la date : MM/JJ/AAAA

* Il faut éviter d'administrer un vaccin à virus vivant atténué pendant ou immédiatement avant le traitement par CIBINQO. Les patients devraient recevoir tous les vaccins recommandés, y compris un vaccin préventif contre le zona, conformément aux directives d'immunisation en vigueur, avant de commencer un traitement par CIBINQO.

Autres directives/commentaires : _____

Je confirme que les deux doses du vaccin SHINGRIX seront administrées selon mon jugement clinique conformément à la monographie de SHINGRIX.

DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

Requis Non requis

Date du dépistage : MM/JJ/AAAA

Résultat : _____

REMARQUES

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE (consultez la monographie pour obtenir les renseignements posologiques complets)

DERMATITE ATOPIQUE

Nouvelle inscription Renouvellement

Date de début du traitement : Dès que possible Autre : MM/JJ/AAAA

Code de la liste provinciale de médicaments (le cas échéant) : _____

Dose : Quantité initiale de 1 flacon (30 jours)
Renouvellements : _____ flacons

CIBINQO à 200 mg une fois par jour

CIBINQO à 100 mg une fois par jour

CIBINQO à 50 mg une fois par jour

Consultez la monographie pour prendre connaissance des renseignements sur l'ajustement posologique.

Le patient est médicalement autorisé à commencer le traitement.

Oui Non

REMARQUES

SIGNATURE DU MÉDECIN (à remplir par le médecin)

Acceptez-vous que le Service de l'innocuité des médicaments de Pfizer communique avec vous à propos des renseignements fournis dans le présent formulaire ou tout autre document qui l'accompagne? Oui Non J'ai lu, j'ai compris et j'accepte l'énoncé de consentement du médecin figurant au verso de cette page.

SIGNEZ ICI : _____ DATE[†] : MM/JJ/AAAA

[†] Date d'entrée en vigueur. Les directives expirent un an après la date de signature. Attestation du prescripteur : J'atteste que la présente ordonnance est une ordonnance originale et que la pharmacie désignée en est la seule destinataire. L'originale ne sera pas réutilisée.

SIGNATURE DU PATIENT (à remplir par le patient ou par le soignant/tuteur légal si le patient a moins de 18 ans)

SIGNEZ ICI : _____ DATE : MM/JJ/AAAA

J'ai lu et compris l'énoncé de consentement du patient imprimé au verso du présent formulaire et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la transmission de mes renseignements médicaux selon les modalités qui y sont décrites.

J'accepte de recevoir des messages électroniques renfermant de l'information et des mises à jour au sujet du **programme PfizerFlex**. Les administrateurs (les fournisseurs choisis par Pfizer pour administrer les services offerts par le **programme PfizerFlex**) sollicitent votre consentement au nom de Pfizer Canada SRI, le promoteur du programme. Vous pouvez retirer votre consentement à recevoir des messages électroniques en suivant les instructions fournies dans le message électronique. Vous pouvez communiquer en tout temps avec les administrateurs du programme en composant le 1-855-935-FLEX (3539) ou en écrivant à : **Programme PfizerFlex**, 2600, boul. Alfred-Nobel, 3^e étage, Saint-Laurent (Québec) H4S 0A9.



CONSENTEMENT DU PATIENT

Consentement à divulguer des renseignements personnels – Programme PfizerFlex

Instructions spéciales : Ce formulaire de consentement pourrait contenir des mots ou des groupes de mots qui sont nouveaux pour vous. Si vous ne comprenez pas bien l'ensemble ou une partie de ce formulaire, veuillez demander à la personne qui vous a remis ce formulaire de vous l'expliquer. Les mots écrits en **caractères gras** sont expliqués au bas de cette section.

Nous sollicitons votre permission de recueillir, d'utiliser et de transmettre vos **renseignements personnels***. Le programme d'assistance aux patients traités par CIBINQO, appelé le **programme PfizerFlex¹** (le « programme »), est offert gratuitement à tous les patients à qui l'on a prescrit CIBINQO. Le programme offre différentes formes d'assistance. La transmission de vos renseignements personnels, comme il est décrit dans le présent formulaire, nous aidera à déterminer quels services et documents du programme vous conviennent le mieux.

Afin de pouvoir prendre part au programme et de nous permettre d'accomplir les activités du programme en votre nom, vous acceptez de faire ce qui suit :

- Permettre à vos **professionnels de la santé[†]**, aux administrateurs (les fournisseurs choisis par Pfizer pour administrer les services offerts par le programme) et au **personnel du programme PfizerFlex[§]** (le « personnel du programme ») de recueillir, d'utiliser, de partager entre eux et de conserver vos renseignements personnels. Ces personnes sont décrites au bas du présent formulaire.
- Permettre au personnel du programme d'utiliser les renseignements personnels que vous avez fournis pour communiquer avec vous et de recueillir d'autres renseignements personnels nécessaires ou relatifs à l'administration du programme. Par exemple, on pourrait vous demander des commentaires sur la qualité des services offerts par le programme, sur tout autre service connexe ou sur les résultats de votre traitement par CIBINQO, ce qui pourrait inclure des études de marché limitées, comme des sondages portant sur votre expérience, afin que Pfizer puisse mieux comprendre ses produits et ses programmes, et les améliorer. Le personnel du programme pourrait vous laisser des messages au numéro de téléphone que vous avez fourni, si vous avez coché la case « Laisser un message » du formulaire d'inscription.
- Permettre à Pfizer Canada (la société qui vend CIBINQO) et à ses sociétés affiliées (« Pfizer ») de recueillir vos renseignements personnels ainsi que des données sur les effets secondaires (aussi appelés « effets indésirables ») que vous pourriez ressentir en prenant CIBINQO ou tout autre médicament fabriqué par Pfizer. Ensemble, Pfizer et Santé Canada demandent ces renseignements afin de suivre le profil d'innocuité de ces médicaments. Les données recueillies auprès de vous et d'autres patients aident Pfizer Canada et Santé Canada à mieux comprendre les effets de ces médicaments sur les patients qui les prennent. Ces renseignements pourront être transmis à Santé Canada ou à d'autres organismes de réglementation afin de signaler tout effet indésirable, ou si la loi le requiert. Pfizer peut aussi communiquer avec vos professionnels de la santé si elle désire plus d'information.
- Permettre à Pfizer, ou à un fournisseur de services embauché par Pfizer, d'accéder à vos renseignements personnels pour évaluer le programme ou formuler des recommandations visant à améliorer le programme. Par exemple, Pfizer ou ses fournisseurs de services pourront consulter les documents contenant vos renseignements personnels ou surveiller vos conversations téléphoniques avec le personnel du programme à des fins de contrôle de la qualité. Tous les fournisseurs de services auront l'obligation d'utiliser les renseignements personnels uniquement à des fins relatives à l'évaluation ou à l'administration du programme; aucun renseignement personnel ne sera transmis à des tiers.
- Consentir à ce que Pfizer recueille des données statistiques anonymisées auprès de fournisseurs de soins de santé et de tiers, les transmette à ceux-ci et les publie à des fins de remboursement, de publication ou à des fins commerciales.

En donnant votre consentement, vous reconnaissez ce qui suit :

- Vous acceptez de recevoir les services, le soutien et les documents répondant à vos besoins offerts dans le cadre du programme.
 - Il est interdit au personnel du programme de recueillir, d'utiliser, de transmettre ou de conserver vos renseignements personnels pour quelque motif que ce soit, sauf aux fins des activités décrites dans le présent formulaire de consentement. Le personnel du programme ne peut transmettre aucun de vos renseignements personnels à quiconque, sauf à vos professionnels de la santé, à moins que les **renseignements relatifs à la santé*** permettant de vous identifier ne soient retirés. Par exemple, votre nom, votre adresse et vos identificateurs personnels doivent être supprimés si l'un de vos renseignements relatifs à la santé est transmis à toute personne qui n'est pas votre professionnel de la santé. Les renseignements relatifs à la santé dans lesquels votre nom, votre adresse ou vos identificateurs personnels ne figurent pas pourraient quand même être transmis après le retrait de votre consentement.
 - Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en appelant les administrateurs au 1-855-935-FLEX (3539) ou en leur envoyant une demande signée par télécopieur au 1-833-958-FLEX (3539). Vous devez donner votre consentement pour bénéficier des services du programme PfizerFlex. Si vous décidez de retirer votre consentement, votre inscription au programme PfizerFlex prendra fin. Cela signifie que vous ne pourrez recevoir aucun service d'assistance du programme ni aucun soutien financier relativement à CIBINQO, si vous y êtes admissible.
 - Sauf là où la loi l'interdit, vous pouvez obtenir une copie de vos renseignements personnels. Vous pouvez corriger toute erreur ou poser des questions aux administrateurs au sujet de la collecte, de l'utilisation, de la transmission ou de la conservation de vos renseignements personnels. Vous pouvez communiquer avec les administrateurs par téléphone au 1-855-935-FLEX (3539) ou par télécopieur au 1-833-958-FLEX (3539).
 - Tous les appels à destination ou en provenance des administrateurs pendant la prestation des services du programme pourraient être surveillés ou enregistrés à des fins de contrôle de la qualité et de formation du personnel.
 - Vos renseignements personnels pourraient être recueillis, utilisés, partagés ou archivés hors de votre province, de votre territoire ou de votre pays. Les lois de ces pays relatives à la vie privée peuvent être moins strictes que celles du Canada et de ses provinces.
 - Vos renseignements personnels pourraient également être transmis ou transférés à un tiers advenant une proposition ou la conclusion d'une transaction d'achat ou de vente (y compris une liquidation, une réalisation, une forclusion ou une reprise de possession), de crédit-bail, d'unification ou d'acquisition de tout ordre, ou, au contraire, de cession, de transfert, de transfert de possession ou de financement de l'ensemble ou d'une partie, d'une division, d'éléments d'actifs ou d'actions de Pfizer Canada.
 - Pfizer Canada a le droit de modifier ou d'annuler le programme et ses services en tout temps, sans préavis.
 - Si, à un moment quelconque et pour quelque raison que ce soit, Pfizer Canada désigne de nouveaux administrateurs du programme, vous permettrez que vos renseignements personnels soient transférés par les administrateurs actuels ou par Pfizer aux nouveaux administrateurs, afin de continuer à participer au programme.
 - Vous ne tenterez pas de déclarer le montant de soutien reçu dans le cadre de ce programme à titre de frais déboursés pour des médicaments d'ordonnance dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments.
 - À moins que vous ne le retirez, votre consentement est valide tant et aussi longtemps que vous recevez des services dans le cadre du programme et pour une durée raisonnable par la suite.
- * Vos **renseignements personnels** comprennent vos données individuelles (nom, sexe, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, etc.), vos données financières et les **renseignements relatifs à votre santé** (antécédents médicaux, affections médicales, renseignements sur votre traitement, renseignements sur votre assurance médicale, etc.).
- † Pfizer Canada commande le **programme PfizerFlex** pour aider les patients à se procurer CIBINQO et à suivre leur plan de traitement pour les indications autorisées pour l'utilisation.
- ‡ Les **professionnels de la santé** englobent tous vos médecins, infirmières, pharmaciens ou personnel de soutien de la pharmacie, compagnies d'assurance privée, payeurs publics et autres fournisseurs de soins ou tiers dépositaires de l'information appropriée.
- § Le **personnel du programme PfizerFlex** comprend les employés et les consultants des administrateurs, ainsi que les fournisseurs de services embauchés par les administrateurs pour assurer la gestion du programme, offrir des services ou animer des activités dans le cadre du programme.

CONSENTEMENT DU MÉDECIN

Ma signature atteste que :

- Je suis le médecin prescripteur de ce patient;
- J'ai prescrit CIBINQO à ce patient pour une indication approuvée autorisée;
- Sous réserve du consentement du patient ci-dessus et seulement dans la mesure permise par ce consentement :
 - J'accepte que le **personnel du programme PfizerFlex¹** prenne contact avec moi relativement au patient susmentionné afin que je l'aide à fournir le programme, et ce, sans que cela limite le remboursement versé au patient ni les soins qui lui sont dispensés;
 - Je consens à ce que les administrateurs (les fournisseurs choisis par Pfizer pour administrer les services offerts par le programme) reçoivent, recueillent, conservent, utilisent et transmettent tout renseignement fourni par moi sur le patient et qui est nécessaire pour aider le patient à obtenir les services ou l'assistance auxquels il a consenti;
 - Je consens à ce que Pfizer Canada (la société qui vend CIBINQO) et ses sociétés affiliées

(« Pfizer ») communiquent avec moi au sujet du patient indiqué ci-dessus si elles ont besoin de plus amples renseignements sur tout effet indésirable associé à CIBINQO ou à tout autre médicament fabriqué par Pfizer;

- Je consens à ce que les administrateurs fournissent cette ordonnance à la pharmacie choisie par le patient indiqué ci-dessus ou à une autre pharmacie (le cas échéant) de sorte que le patient ait accès au traitement que j'ai prescrit;
 - Je consens à ce que les administrateurs prennent contact avec moi relativement à tout autre renseignement concernant le programme PfizerFlex** qui pourrait permettre d'améliorer la prestation ou la qualité des services offerts par ce programme à mon patient.
- 1 Le **personnel du programme PfizerFlex** comprend les employés et les consultants des administrateurs choisis par Pfizer pour administrer le programme.
- ** Pfizer Canada commande le programme PfizerFlex pour aider les patients à se procurer CIBINQO et à suivre leur plan de traitement pour les indications, autorisées pour l'utilisation.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez consulter la monographie de CIBINQO. La monographie est fournie sur demande ou vous pouvez la consulter à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/CIBINQO.pdf>.



Programme de soutien aux patients



CIBINQO, M.D. de Pfizer Inc., utilisée sous licence.
 PFIZERFLEX, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
 © 2024 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5
 PP-CIB-CAN-0041-FR

