



## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (à remplir par le patient)

N° d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Date de naissance : JJ/MM/AAAA  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Sexe :  F  M  Autre Pronoms : \_\_\_\_\_  
 Tél. (domicile) : \_\_\_\_\_ Tél. (cell.) : \_\_\_\_\_  
 Message :  Oui  Non Textos (SMS) :  Oui  Non  
 Meilleur moment pour me joindre :  Avant-midi  Après-midi  Soir  
 Courriel : \_\_\_\_\_  
 Langue de préférence : \_\_\_\_\_  
 Allergies :  Oui  Non  
 Dans l'affirmative, précisez : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN (à remplir par le médecin)

Nom : \_\_\_\_\_  
 Numéro de permis : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Tél. (bureau) : \_\_\_\_\_  
 Télécopieur (bureau) : \_\_\_\_\_  
 Nom de la personne-ressource : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_  
 Sceau de la clinique

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (à remplir par le médecin)

Réponse inadéquate/intolérance :  
 Corticostéroïdes topiques et autres agents topiques  Cyclosporine : \_\_\_\_\_  
 Méthotrexate : \_\_\_\_\_  Agents 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 (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)  
 **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 : JJ/MM/AAAA

Non requis  
 \* Il faut éviter d'administrer un vaccin à virus vivant atténué pendant ou immédiatement avant le traitement par CIBINQO<sup>MD</sup>. 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<sup>MD</sup>.

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 test : JJ/MM/AAAA  
 Résultat : \_\_\_\_\_

NOTES

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

## DERMATITE ATOPIQUE

Nouvelle inscription  Renouvellement

Date de début :  Dès que possible  
 Autre : \_\_\_\_\_

Code de la liste provinciale de médicaments (si applicable) : \_\_\_\_\_

Dose : Quantité initiale 1 bouteille (30 jours)  
 Renouvellements : \_\_\_\_\_ bouteilles  
 CIBINQO<sup>MD</sup> à 200 mg une fois par jour  
 CIBINQO<sup>MD</sup> à 100 mg une fois par jour  
 CIBINQO<sup>MD</sup> 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

NOTES

## 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.

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE† : JJ/MM/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)

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : JJ/MM/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 divulgation 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, 3131, boul. de la Côte-Vertu, C. P. 34586, Saint-Laurent (Québec) H4R 2P4.



## 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 divulguer vos **renseignements personnels**<sup>‡</sup>. Le programme d'assistance aux patients traités par CIBINQO<sup>MD</sup>, appelé le programme **PfizerFlex**<sup>‡</sup> (le « programme »), est offert gratuitement à tous les patients à qui l'on a prescrit CIBINQO<sup>MD</sup>. Le programme offre différentes formes d'assistance. La divulgation 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, en signant le présent formulaire d'inscription, vous acceptez ce qui suit :

- Permettre à vos **professionnels de la santé**<sup>‡</sup>, aux administrateurs (les fournisseurs, et leurs sous-traitants, choisis et approuvés par Pfizer pour administrer les services offerts par le programme) et aux autres membres du **personnel du programme PfizerFlex**<sup>‡</sup> (le « personnel du programme ») de recueillir, d'utiliser, de partager entre eux et de conserver vos renseignements personnels aux fins de l'administration du programme. 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<sup>MD</sup>, 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 *Possible de laisser un message* du formulaire de consentement.
- Permettre à Pfizer Canada (la société qui vend CIBINQO<sup>MD</sup>) 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<sup>MD</sup> ou tout autre médicament fabriqué par Pfizer. Ensemble, Pfizer et Santé Canada (organisme gouvernemental qui approuve l'utilisation de ce produit et d'autres médicaments) 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 divulgué à des tiers.
- Consentir à ce que Pfizer recueille, partage et publie des données statistiques anonymisées auprès de fournisseurs de soins de santé et de tiers 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 divulguer 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 divulguer aucun de vos renseignements personnels à quiconque sauf à vos professionnels de la santé, à moins que les **renseignements relatifs à la santé**<sup>‡</sup> 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 divulgué à quiconque 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 divulgués 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 1-855-958-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<sup>MD</sup>, 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 divulgation 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 1-855-958-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 divulgués 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.

## CONSENTEMENT DU MÉDECIN

Ma signature atteste que :

- Je suis le médecin prescripteur de ce patient;
- J'ai prescrit CIBINQO<sup>MD</sup> à ce patient pour une indication approuvée par Santé Canada;
- Sous réserve du consentement du patient ci-dessus et seulement dans la mesure permise par ce consentement :
  - J'accepte que le **personnel du programme PfizerFlex**<sup>‡</sup> 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 divulguent 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<sup>MD</sup>) 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<sup>MD</sup> 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**<sup>‡</sup> qui pourrait permettre d'améliorer la prestation ou la qualité des services offerts par ce programme à mon patient.

<sup>‡</sup> 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.).

<sup>§</sup> Pfizer Canada commandite le **programme PfizerFlex** pour aider les patients à se procurer CIBINQO<sup>MD</sup> et à suivre leur plan de traitement pour les indications approuvées par Santé Canada.

<sup>¶</sup> 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.

<sup>||</sup> Le **personnel du programme PfizerFlex** comprend les administrateurs, les employés et les consultants des administrateurs, ainsi que les fournisseurs de services embauchés par les administrateurs ou par Pfizer directement pour assurer la gestion et l'exécution des services et des activités du programme, ce qui inclut offrir du soutien technique selon les besoins.

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la monographie de CIBINQO<sup>MD</sup>.

La monographie est fournie sur demande ou vous pouvez la consulter à l'adresse <https://www.pfizer.ca/fr/nos-produits/cibinqo-comprimes-d-abrocitinib/>.