

Veuillez transmettre ce formulaire par télécopieur au **1-877-820-6107** ou par courriel à **enrolments@ucbcares.ca**.

POUR OBTENIR RAPIDEMENT DE L'AIDE, APPELÉZ LA LIGNE DE SOUTIEN DE UCBCARES™ AU 1-800-908-5555.

Renseignements sur le patient (à faire remplir par le patient)

Prénom et nom :		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : / /	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Préfère ne pas le dire
N° d'ass. maladie :	Téléphone (principal) :		Téléphone (autre) :
Adresse :			Ville :
Province :	Code postal :	Courriel :	

Attestation du patient Je consens à recevoir des communications électroniques au sujet du programme.
J'ai pris connaissance des conditions énoncées au verso du présent formulaire, je comprends la nature des services offerts par le programme, et j'accepte que mes renseignements personnels et les renseignements personnels relatifs à ma santé soient recueillis, utilisés, divulgués et conservés conformément auxdites conditions.

Signature du patient : _____ Date de signature (JJ/MM/AAAA) : ____ / ____ / ____

Renseignements sur le médecin (le médecin doit remplir cette partie)

Prénom et nom :	Numéro de permis :
Adresse du cabinet :	Numéro de téléphone :
Courriel :	Télécopieur :

Renseignements sur le traitement par Pr BIMZELX® (bimekizumab)

Traitement(s) antérieur(s) (à des fins de remboursement, sélectionner tout ce qui s'applique)

Diagnostic :	RI = réponse inadéquate; CI = contre-indication; É = échec	Dates/commentaires :
<input type="checkbox"/> Psoriasis en plaques	<input type="checkbox"/> Topiques <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> É	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____		
Dispositif :	<input type="checkbox"/> Photothérapie <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> É	
<input type="checkbox"/> Seringue préremplie (160 mg/ml) DIN 02525267	<input type="checkbox"/> Acitrétine <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> É	
<input type="checkbox"/> Auto-injecteur (160 mg/ml) DIN 02525275	<input type="checkbox"/> Cyclosporine <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> É	
Posologie :	<input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> É	
<input type="checkbox"/> Nouveau traitement : 320 mg s.c. aux sem. 0, 4, 8, 12 et 16, puis toutes les 8 sem. par la suite pendant ____ mois	<input type="checkbox"/> Biologiques (préciser) <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> É	
<input type="checkbox"/> Dose d'entretien : 320 mg s.c. toutes les 8 sem. pendant ____ mois	<input type="checkbox"/> Autre(s) <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> É	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____		
Services d'injection de UCBCares™ requis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Code du formulaire provincial (le cas échéant) : _____		

Détails de l'examen (à remplir au besoin aux fins de remboursement)

Commentaires/directives additionnels

Score : % de la SC : _____ PASI : _____ DLQI : _____
Région(s) : <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Mains <input type="checkbox"/> Pieds <input type="checkbox"/> Parties génitales

Directives médicales

Le patient est-il médicalement apte à amorcer ce traitement? Oui Non (préciser) : _____
 Dépistage de la tuberculose (QFT) requis? Oui Non

Attestation du médecin

Je suis le médecin prescripteur, et la présente constitue l'ordonnance originale de bimekizumab (BIMZELX) pour ce patient. J'ai lu et accepté la déclaration de consentement du médecin au verso de ce formulaire. J'accepte d'autoriser UCB à fournir la présente ordonnance à la pharmacie choisie par le patient.

Si le consentement écrit du patient n'a pas été fourni à la section Renseignements sur le patient : Je confirme avoir reçu le consentement verbal du patient à son inscription au programme.

Signature du médecin : _____ Date de signature (JJ/MM/AAAA) : ____ / ____ / ____

Consentement du patient et respect de la vie privée

Le Programme

Le programme UCBCares™ (« UCBCares™ » ou le « Programme ») est financé par UCB Canada Inc., 2201 Bristol Circle, bureau 602 Oakville (Ontario) L6H 0J8. Le Programme est administré par un tiers fournisseur de services (l'« Administrateur du programme »).

Toute référence à UCB dans ce formulaire fait également référence à UCB Canada Inc. et à ses sociétés affiliées ainsi qu'à leurs employés, consultants, agents et représentants respectifs, y compris, mais sans s'y limiter, à l'Administrateur du programme et aux autres tiers fournisseurs de services.

Quels renseignements personnels seront recueillis et traités?

En signant ce formulaire et en m'inscrivant au Programme, j'accepte que l'Administrateur du programme recueille et traite les renseignements qui suivent, conformément aux dispositions contenues aux présentes :

- Mes renseignements personnels (les « Renseignements personnels »), notamment mon nom, ma date de naissance, mon adresse, mon numéro de téléphone et mon courriel;
- Mes renseignements personnels sur la santé (les « Renseignements personnels sur la santé »), notamment toute information au sujet de mon affection et de son traitement.

Ces Renseignements personnels (et sur la santé) seront communiqués à mon/mes médecin(s) prescripteur(s), pharmacien(s), ma compagnie d'assurance privée, au(x) payeur(s) public(s) et à tout autre professionnel de la santé ou payeur au besoin, qui pourront les consulter, y compris UCB aux fins de ma participation au Programme et aux fins décrites dans le présent formulaire.

Comment mes Renseignements personnels (et sur la santé) seront-ils utilisés?

Mes Renseignements personnels (et sur la santé) seront traités par l'Administrateur du programme pour :

- Vérifier ma couverture d'assurance et/ou prendre d'autres modalités de remboursement;
- Coordonner la livraison pour que je reçoive le médicament;
- Planifier la formation sur la technique d'injection;
- Me fournir des services éducatifs et de soutien relativement à mon traitement, y compris des rappels et un programme de mise au rebut des objets pointus ou tranchants.

UCB recevra des données sous forme agrégée et pseudonymisée pour réaliser des études de marché ou d'autres analyses commerciales et administrer tous les aspects du Programme, étant donné que ce dernier peut être modifié à l'occasion. Je comprends qu'en cas d'événement indésirable, UCB Canada Inc. pourra accéder à mes Renseignements personnels (et sur la santé), étant donné qu'elle pourrait devoir rapporter les événements indésirables graves à Santé Canada.

Je comprends que mes Renseignements personnels (et sur la santé) pourraient être recueillis, utilisés ou conservés à l'extérieur de ma province, de mon territoire ou de mon pays de résidence.

J'accepte qu'on communique avec moi à l'avenir au sujet de mon affection, de mon traitement ou pour recueillir toute autre information requise pour l'administration du Programme par UCBCares™.

Je consens à ce qu'UCBCares™ m'envoie des messages par courriel ou par texte ou me laisse des messages dans ma boîte vocale, aux coordonnées fournies.

Je comprends qu'UCB Canada Inc. se réserve le droit de remplacer l'Administrateur du programme et je consens à ce que mes renseignements soient transférés au nouveau fournisseur de service.

Je comprends qu'UCB Canada Inc. n'accède pas normalement à mes Renseignements personnels/Renseignements personnels sur la santé et qu'elle compte sur l'Administrateur du programme pour le faire dans le cadre de son mandat; toutefois, UCB Canada Inc. pourrait y accéder directement dans certaines circonstances bien précises, par exemple pour transférer mes Renseignements personnels/Renseignements personnels sur la santé à un nouvel Administrateur du programme, pour réaliser des vérifications du Programme afin de l'évaluer ou de l'améliorer, ou à des fins de réglementation (p. ex. pour signaler des événements indésirables aux agences gouvernementales).

Je comprends qu'UCBCares™ divulguera mes Renseignements personnels/Renseignements personnels sur la santé au besoin uniquement, soit pour offrir le Programme ou pour répondre à des exigences légales. Par exemple :

- UCBCares™ pourrait divulguer mes Renseignements personnels/Renseignements personnels sur la santé à mon professionnel de la santé, à mon pharmacien et aux tiers fournisseurs de services aux fins d'administration du Programme, d'administration du traitement ou pour offrir une formation relativement au traitement, et aux assureurs aux fins de soutien au remboursement;
- UCBCares™ pourrait devoir communiquer avec mon professionnel de la santé en cas d'événement indésirable, notamment si cet événement indésirable est grave, et UCB pourrait devoir signaler cet événement indésirable à Santé Canada.

Traitement de mes Renseignements personnels/Renseignements personnels sur la santé

Je comprends que l'Administrateur du programme recueillera, consultera, utilisera et divulguera mes Renseignements personnels (et sur la santé) selon les modalités décrites dans les présentes, et que tous les renseignements recueillis et consignés dans le cadre du Programme seront traités et conservés en toute confidentialité, conformément aux lois sur la protection des renseignements personnels applicables.

Pour en savoir plus sur la politique en matière de respect de la vie privée d'UCB Canada Inc., consulter son site Web à <https://www.ucb-canada.ca/fr/mentions-legales>.

Quels sont mes droits au regard de mes Renseignements personnels (et sur la santé)?

Sauf si la loi l'interdit, je comprends que je peux obtenir une copie de mes Renseignements personnels (et sur la santé) et corriger toute erreur en communiquant avec UCBCares™ à l'adresse indiquée plus haut. Je comprends également que je peux retirer mon consentement à tout moment en écrivant à UCB Canada Inc. : 2201 Bristol Circle, bureau 602 Oakville (Ontario) L6H 0J8. Toutefois, je comprends qu'en retirant mon consentement je mettrai fin à ma participation au programme. Je comprends aussi que le retrait de mon consentement ne sera pas rétroactif et qu'il n'influera pas sur les activités ayant eu lieu avant mon retrait et dans le cadre desquelles mes Renseignements personnels (et sur la santé) auront été traités.

Aide financière

Je comprends que toute aide financière reçue pourrait devoir être déclarée à des payeurs publics ou privés ou aux organismes gouvernementaux. Je comprends que je suis responsable de faire ces déclarations et de m'assurer de respecter toutes les règles régissant une telle aide financière.

Changements au Programme

Je comprends qu'UCB peut modifier le Programme ou y mettre fin à tout moment, sans m'en avertir.

Consentement et divulgation du médecin

À titre de médecin prescripteur de ce patient, je consens à ce qu'UCB communique avec moi et utilise mes renseignements de prescription pour administrer et surveiller le Programme et, sans s'y limiter, pour offrir un remboursement, une formation sur l'injection et des soins aux patients.

Je consens également à ce que UCB traite tous mes renseignements et tous les renseignements concernant le patient que je fournis et qui sont nécessaires à l'obtention des services ou de l'assistance auxquels le patient a consenti et j'accepte qu'UCB transmette cette ordonnance à la pharmacie choisie par le patient susmentionné. Ce document constitue la commande originale du médicament vendu sur ordonnance.