

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient :	Date de naissance :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<small>Prénom</small>	<small>jj / mm / aa</small>	
Nom du parent/tuteur :		
<small>Nom de famille</small>		
Adresse :		
Téléphone du domicile :	Messages autorisés : 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Meilleur temps pour vous appeler : Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Soirée <input type="checkbox"/>
Autre numéro de téléphone :	Messages autorisés : 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Meilleur temps pour vous appeler : Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Soirée <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Nom du médecin :	Spécialité :	Numéro du permis d'exercice :
Courriel :	Adresse :	Code postal :
Personne-ressource/admin. :	Téléphone :	Télécopieur :
Infirmière :	Téléphone :	Télécopieur :

ORDONNANCE

KANUMA^{MD} (sébélipase alfa) Se reporter à la monographie pour obtenir les renseignements thérapeutiques complets

Poids corporel du patient : _____ kg	Directives particulières : _____
Posologie :	_____
<input type="checkbox"/> 1 mg/kg de poids corporel à administrer en perfusion toutes les 2 semaines	_____
<input type="checkbox"/> 1 mg/kg de poids corporel à administrer en perfusion toutes les semaines	
<input type="checkbox"/> 3 mg/kg de poids corporel à administrer en perfusion toutes les 2 semaines	
<input type="checkbox"/> Autre Répétitions : _____	
Signature du médecin : _____	
Date : _____	<small>jj / mm / aa</small>

AUTORISATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Consentement verbal du patient

Je comprends que le Programme d'assistance métabolique est mandaté par Alexion Pharma Canada (« Alexion ») pour aider les patients canadiens à obtenir l'accès à un traitement médical dans le cadre du programme Programme d'assistance métabolique.

Signature du patient/représentant légal : _____

Date de la signature : _____
jj / mm / aa

VOIR L'ENSEMBLE DES MODALITÉS DU CONSENTEMENT CI-DESSOUS – VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR LU ET COMPRIS TOUTES LES MODALITÉS DU CONSENTEMENT.

Le programme d'assistance métabolique est le programme de soutien au traitement à l'intention des patients. Il fournit des renseignements, de l'éducation et de l'aide.

En signant ce document d'autorisation et de consentement, vous consentez à autoriser (1) votre ou vos médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé participant au traitement de votre maladie (« fournisseurs »); (2) le distributeur, la pharmacie, la clinique ou l'agence de soins à domicile qui fournit ou distribue votre traitement médical (« distributeur »); et (3) votre assureur de soins médicaux, payeur ou programme d'assistance aux patients (« payeur »); à divulguer des renseignements personnels sur la santé vous concernant à Alexion Pharma Canada, y compris, notamment, à ses employés, sociétés affiliées, sous-traitants, agents et autres représentants (collectivement « Alexion »), aux fins décrites ci-dessous.

Les renseignements personnels sur la santé pouvant être divulgués comprennent les diagnostics, rapports médicaux, commandes, ordonnances, dossiers, antécédents médicaux, résultats, pronostics, plans de soins et sommaires de congé, renseignements de facturation, réclamations d'assurance et rapports sur l'utilisation des médicaments. Les renseignements personnels sur la santé et d'autres renseignements visés par ce document d'autorisation et de consentement comprennent ceux que vous-même, les fournisseurs, les distributeurs et les payeurs fournissez à Alexion. Les fins auxquelles vos renseignements personnels sur la santé et d'autres renseignements peuvent être utilisés sont les suivantes :

Coordination des soins : entre vous, le fournisseur, le distributeur ou le payeur afin d'assurer la coordination de vos soins médicaux.

Prise en charge de la maladie/éducation des patients : pour fournir de l'information, de la formation et des services de gestion de cas à vous-même ou à votre représentant, ainsi qu'à tout fournisseur, distributeur ou payeur.

Recherche clinique/protocoles de traitement : pour vous informer, vous ou votre représentant, sur les études de recherche clinique, les protocoles de traitement ou les sondages sur des maladies.

Examen de votre couverture d'assurance : pour examiner et vérifier les services couverts par votre payeur et vous aider à les comprendre. Cela pourrait inclure l'examen de vos renseignements financiers personnels afin de déterminer si vous êtes admissible à une aide financière susceptible d'être offerte dans le cadre du programme d'assistance métabolique. Si vous n'êtes pas admissible à une assurance ou à une autre forme de couverture permettant de défrayer les coûts de votre traitement, vos renseignements personnels sur la santé et d'autres renseignements pourraient servir à déterminer votre admissibilité future à une telle couverture.

Facturation et paiement : pour coordonner la préparation, la présentation et le traitement de réclamations d'assurance maladie, l'évaluation des problèmes de codification (facturation) et la résolution ou le recouvrement de tout paiement dû au fournisseur, au distributeur, au payeur ou à Alexion pour votre traitement.

Commandes de produits : pour exécuter les commandes de médicaments, répondre aux questions que vous pourriez vous poser et vous informer d'autres services susceptibles de vous intéresser.

Agences gouvernementales : pour fournir des renseignements personnels sur la santé et d'autres renseignements pouvant être exigés ou demandés par les représentants d'agences gouvernementales.

Autre utilisation des renseignements : pour anonymiser vos renseignements personnels sur la santé et utiliser ces renseignements anonymisés à des fins de recherche clinique, d'éducation des patients et de la communauté, d'élaboration de protocoles cliniques, d'études de marché ou à d'autres fins commerciales déterminées par Alexion.

Transfert et traitement de renseignements personnels : pour transférer les renseignements personnels sur la santé entre les provinces du Canada et à l'extérieur du Canada dans le but de transmettre l'information au siège social et aux filiales d'Alexion, ainsi que de stocker et de traiter cette information au nom d'Alexion. Les renseignements personnels sur la santé seront protégés à l'extérieur du pays selon les limites permises par la loi. Toutefois, les renseignements conservés dans un autre pays peuvent être consultés par des tribunaux, des organismes d'application de la loi et des agences de sécurité nationale de ce pays.

Divulgarion : en plus des fins susmentionnées, en signant ce document d'autorisation et de consentement, vous consentez à autoriser Alexion à divulguer vos renseignements personnels sur la santé aux payeurs dans le seul but de vérifier la couverture à laquelle vous avez droit en vertu des régimes d'assurance maladie.

Vous pouvez le révoquer à tout moment en faisant parvenir un avis écrit à Alexion à l'adresse suivante : 3100 Rutherford Road, Suite 300, Vaughan, Ontario L4K 0G6.

Indication de KANUMA^{MD} (sébélipase alfa)

KANUMA^{MD} (sébélipase alfa), indiqué à titre de traitement des nourrissons, des enfants et des adultes ayant reçu un diagnostic de déficit en lipase acide lysosomale (LAL), a reçu une autorisation de mise en marché avec conditions, en attendant les résultats d'essais visant à en vérifier les bienfaits cliniques.