

**Soutien aux patients de SRX Health, par téléphone ou par télécopie, au :
1-855-267-9962**

Programme de soutien d'exception ^{Pr}CORZYNA^{MC} (ranolazine)

Formulaire d'inscription du patient et de demande d'ordonnance médicale (RX)

Renseignements sur le patient

Nom		Prénom	
Date (jj/mm/aaaa)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Numéro civique	Nom de la rue		
Ville	Province	Code postal	
Num. de téléphone (domicile)		Num. de téléphone (travail)	
<input type="checkbox"/> Consentement à laisser un message		<input type="checkbox"/> Consentement à laisser un message	
Num. de téléphone (cellulaire)		Courriel	
<input type="checkbox"/> Consentement à laisser un message			
Diagnostic			
Allergies			

Renseignements sur le médecin

Nom du médecin		Prénom du médecin	
Désignation		Permis	
Numéro civique	Nom de la rue		
Ville	Province	Code postal	
Cabinet du médecin		Num. télécopieur du médecin	
Nom de l'infirmier(ère)		Prénom de l'infirmier(ère)	
Num. de téléphone de l'infirmier(ère)			

Date de la demande du patient d'exception RAMQ: (jj/mm/aaa)

Demande d'ordonnance médicale - Rx (à remplir par le prescripteur seulement)

Prescription de CORZYNA en comprimés de 500 mg :

Jours d'approvisionnement : 60 jours

Renouvellements : zéro

Signature du médecin :

X _____

Date : _____

Posologie recommandée et modification posologique

La posologie de départ de CORZYNA est de 500 mg deux fois par jour, et peut, au besoin, être augmentée à 1 000 mg deux fois par jour, selon les symptômes cliniques.

La posologie maximale quotidienne recommandée de CORZYNA est de 1 000 mg deux fois par jour.

Il convient d'ajuster la posologie si CORZYNA est pris conjointement avec d'autres médicaments (voir, INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, Interactions médicament-médicament). La posologie maximale de CORZYNA est de 500 mg deux fois par jour chez les patients recevant des inhibiteurs modérés du CYP 3A4, comme le diltiazem et le vérapamil. La prise de CORZYNA avec de puissants inhibiteurs du CYP 3A4 est contre-indiquée. La prise d'inhibiteurs de la glycoprotéine P (P-gp), comme la cyclosporine, peut augmenter l'exposition à CORZYNA (voir INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, Interactions médicament-médicament).

Instructions particulières

Autorisation

Signature du médecin

X

Date (jj/mm/aaaa)

En signant ci-dessous, j'atteste que (1) je suis le médecin prescripteur du patient; (2) le traitement ci-dessus est médicalement nécessaire d'après la monographie de produit canadienne, mon jugement médical indépendant et le consentement éclairé du patient; (3) j'ai reçu le consentement exprès du patient (ou de son représentant légal) et respecté toutes les autres exigences légales ou réglementaires applicables, comme celles imposées en vertu des lois provinciales ou fédérales, nécessaires pour fournir à KYE Pharmaceuticals Inc. (KYE) ou à ses agents, à l'administrateur du Programme SRX Health Solutions Inc et à ses employés les renseignements énoncés dans le présent formulaire et tout autre renseignement pertinent à la prestation des services du Programme; (4) j'ai discuté du Programme avec le patient qui souhaite s'inscrire et qui a accepté que je transmette ses renseignements personnels à l'administrateur du programme afin de communiquer avec le patient et de mener à bien le processus d'inscription; (5) je désigne l'administrateur du programme comme étant mon agent afin de transmettre cette ordonnance à la pharmacie appropriée, qui fournira deux mois de comprimés CORZYNA (ranolazine) 500 mg sans frais pour mon patient et tout autre service de soutien associé au programme; (6) j'accepte que mes renseignements, y compris mes renseignements personnels, soient utilisés par KYE ou ses agents et par l'administrateur du Programme pour des raisons relatives à l'amélioration, à la surveillance et à la vérification du Programme, à des fins d'études commerciales ou de marché, ou pour toute autre raison permise par la loi; (7) je reconnais que des événements indésirables peuvent être signalés au sujet de mon patient pendant sa participation au Programme et je comprends que KYE ou ses agents ainsi que l'administrateur du Programme peuvent communiquer avec moi dans le but de fournir des données de suivi; (8) je comprends que mes renseignements peuvent être traités et conservés à l'extérieur du Canada; (9) je déclare que les renseignements contenus dans la présente demande sont complets et exacts au mieux de ma connaissance.

Consentement du patient

En signant le présent formulaire d'inscription et d'autorisation, j'autorise mes professionnels de la santé, mes régimes de soins médicaux et tout autre gardien de mes dossiers de santé à divulguer mes renseignements personnels, y compris, sans s'y limiter, des renseignements relatifs à mon état de santé, à mon traitement, à la gestion de mes soins et à mon assurance maladie, ainsi que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire et concernant mes prescriptions à KYE Pharmaceuticals Inc. et à ses représentants, agents, contractants, sociétés affiliées (collectivement « KYE ») et à l'administrateur du Programme SRX Health Solutions Inc., aux fins de l'administration et des Services du Programme. De plus, je consens à ce que KYE, l'administrateur du Programme, ou tout tiers indépendant agissant au nom de KYE ou de l'administrateur, administrent le Programme, y compris, sans s'y limiter, les pharmacies spécialisées et les programmes provinciaux de médicaments communiquent avec moi.

Je comprends que d'autres renseignements sur les pratiques de traitement de l'information de KYE sont énoncés dans sa Politique de protection des renseignements personnel à l'adresse www.kyepharma.com. Si j'ai des questions sur les modalités du présent Formulaire d'inscription et d'autorisation ou sur la Politique de protection des renseignements personnels de KYE, je sais que je dois communiquer avec le responsable de la protection des renseignements personnels de KYE à l'adresse privacyofficer@kyepharma.com.

Je comprends que la signature du présent Formulaire d'inscription et d'autorisation est volontaire et que j'ai le droit de refuser de le signer. Si je décide de ne pas le signer, je ne serai pas admissible à participer au Programme de soutien d'exception CORZYNA de KYE et je ne pourrai pas recevoir l'aide ni les soutiens offerts dans le cadre du Programme.

Je comprends également que mon inscription à ce Programme ne garantit pas l'approbation et le remboursement par la RAMQ et que seuls deux mois de CORYZNA sont dispensés gratuitement. Je comprends que j'ai le droit d'obtenir une copie signée du présent Formulaire d'inscription et d'autorisation.

Je comprends que les renseignements personnels recueillis dans le cadre du Programme seront protégés par des mesures administratives techniques et physiques raisonnables dans le but de les protéger contre la perte, le vol ainsi que la consultation, la communication, la copie, l'utilisation ou la modification non autorisées. Je comprends également que le dossier contenant mes renseignements personnels sera conservé dans les bureaux de l'administrateur du Programme et que seuls ses employés autorisés, ses agents et ses mandataires peuvent avoir accès à mes renseignements personnels, au besoin, aux fins décrites dans le présent Formulaire d'inscription et d'autorisation.

Je peux demander l'accès à mes renseignements personnels ou leur correction, en tout temps, en communiquant avec l'administrateur du Programme par télécopie ou par téléphone au 1 855 267-9962.

Si KYE désigne un nouveau fournisseur de services pour remplacer l'administrateur actuel, je conviens que mes renseignements personnels pourraient être transférés au nouveau fournisseur de services.

Dans le cas d'un événement indésirable, KYE peut être légalement tenu de signaler un tel événement à Santé Canada et devoir effectuer une surveillance ou une vérification. Dans l'éventualité du traitement et du signalement d'un événement indésirable, KYE, ses employés ou représentants et l'administrateur du Programme pourraient avoir accès à mes renseignements personnels, les utiliser et les déclarer aux organismes de réglementation afin d'assurer la sécurité et la qualité des médicaments. Je comprends qu'on pourrait communiquer avec moi afin d'obtenir des renseignements supplémentaires pour remplir ces obligations.

L'administrateur du Programme ou l'agent de KYE pourrait dépersonnaliser, agréger (combinaison de d'autres renseignements) ou anonymiser mes renseignements personnels pour effectuer des analyses à des fins commerciales, de recherche et de publication, ou pour améliorer le Programme. Mes renseignements personnels peuvent être stockés ou traités à l'extérieur du Canada, notamment pour les exigences en matière de traitement et de signalement des événements indésirables. Dans un tel cas, KYE s'assure que mes renseignements personnels sont protégés. Mes renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois d'un pays étranger, où le niveau de protection peut être différent de celui de mon pays de résidence.

Je peux retirer mon consentement aux modalités du présent Formulaire d'inscription et d'autorisation en tout temps en envoyant un avis écrit au Programme de soutien d'exception CORZYNA de KYE, a/s de SRX Health Solutions Inc, 122, Edenbridge Drive, Etobicoke, Ontario, M9A 3G4. Je comprends que le retrait de mon consentement mettra fin à d'autres utilisations et divulgations de mes renseignements personnels ainsi qu'à mon inscription au Programme de soutien d'exception CORZYNA de KYE. Aucun nouveau renseignement personnel ne sera recueilli. Le retrait de mon consentement ne sera pas rétroactif et toutes les activités relatives à mes renseignements personnels avant mon retrait n'en seront pas affectées et seront maintenues pendant la durée du Programme à des fins de surveillance et de réglementation; les données dépersonnalisées ou anonymisées peuvent continuer à être utilisées de la manière décrite dans le présent document.

De temps à autre, l'administrateur de programme pourrait communiquer avec moi afin de me fournir des renseignements et des mises à jour sur le Programme. En tout temps, je peux retirer mon consentement à participer à de telles communications et études de marché en communiquant par téléphone ou par télécopie avec l'administrateur du Programme au 1 855 267-9962.

J'ai lu et compris le consentement du patient et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels conformément aux modalités énoncées dans le présent document.

Signature du patient/tuteur légal

X

Nom en caractères d'imprimerie du patient/représentant légal

Date (jj/mm/aaaa)

Consentement verbal obtenu

Oui

Date (jj/mm/aaaa)