

Formulaire d'inscription et d'ordonnance

Renseignements sur le patient

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) _____

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Numéro de la carte santé : _____

Allergies : ☐ AAC ☐ Veuillez spécifier : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Langue préférée : ☐ Anglais ☐ Français

Numéro de téléphone : Principal : _____

Autre : _____

Meilleur moment pour communiquer avec le patient en semaine :

☐ Matin ☐ Après-midi ☐ Soir

☐ Veuillez cocher cette case si le patient **ne consent pas** à ce que le programme de soutien aux patients ForYOU^{MC} lui laisse un message vocal.

Courriel (facultatif)* : _____

* Veuillez ne fournir une adresse de courriel que si le patient consent à recevoir des communications électroniques contenant des renseignements et des mises à jour sur le programme de soutien aux patients ForYOU^{MC}, sur son état de santé ou sur ses traitements. Le patient peut se désinscrire de ces communications à tout moment.

Renseignements sur l'aidant ou le représentant légal du patient (le cas échéant)

Nom : _____

Relation avec le patient : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Le patient est-il actuellement couvert par un régime d'assurance privé?

☐ Oui ☐ Incertain ☐ Non

Dans l'affirmative, une demande de couverture pour XPOVIO a-t-elle été déposée?

☐ Oui ☐ Non

Renseignements sur le médecin

Prénom du médecin : _____

Nom de famille du médecin : _____

Nom du centre d'oncologie : _____

Adresse du centre d'oncologie : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

Mode de communication privilégié :

☐ Téléphone ☐ Télécopieur ☐ Courriel

Renseignements complémentaires de l'équipe

de soins (à savoir, navigateur pour l'accès aux médicaments, coordinateur de l'accès aux médicaments, pharmacien)

Nom : _____ Rôle : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

Mode de communication privilégié : ☐ Téléphone ☐ Télécopieur ☐ Courriel

Renseignements sur le traitement

Indication

☐ XPOVIO^{MD} (sélinexor) en association avec le bortézomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints d'un myélome multiple et ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Étape du traitement : ☐ 2^e intention ☐ 3^e intention ☐ 4^e intention et plus

Date de début du traitement prévue : _____
(JJ/MM/AAAA)

Renseignements supplémentaires : _____

Ordonnance et consentement du médecin

XPOVIO^{MD} (sélinexor)

Posologie[†] : ☐ 100 mg une fois par semaine pendant 5 semaines (1 cycle)

☐ 80 mg une fois par semaine pendant 5 semaines (1 cycle)

☐ 60 mg une fois par semaine pendant 5 semaines (1 cycle)

☐ 40 mg une fois par semaine pendant 5 semaines (1 cycle)

☐ Autre : _____

SIGNER ICI

SIGNATURE DU MÉDECIN

Date (JJ/MM/AAAA)

En signant, vous indiquez que vous avez lu et compris la déclaration de confidentialité et de consentement du médecin figurant au verso, et que vous l'approuvez.

Numéro de permis du médecin : _____

[†] La posologie de départ recommandée pour XPOVIO^{MD} est de 100 mg une fois par semaine. Veuillez consulter la monographie de XPOVIO^{MD} sur xpoviomp.ca pour obtenir plus de renseignements.

Veuillez transmettre les pages 1 et 2 du formulaire dûment rempli :

par courriel : xpovio@foryoupsp.com

par télécopieur : 1-833-4YOUFAX (1-833-496-8329)

Pour plus d'informations, veuillez appeler le 1-833-4YOUFAX (1-833-496-8777).

Déclaration de confidentialité et de consentement du patient

Le but du Programme de soutien aux patients ForYOU^{MC} (le « **Programme** ») est de fournir aux patients un appui, notamment une assistance en matière de remboursement et d'autres services, à l'égard des traitements par XPOVIO^{MD} (sélinexor) (le « **produit** »).

Le Programme est géré par FORUS Therapeutics Inc. (« **FORUS** ») et administré par Innomar Strategies Inc. (l'« **administrateur de programme** »). FORUS peut nommer un nouvel administrateur de programme à tout moment. En signant ce formulaire, vous consentez au transfert de vos renseignements personnels, ainsi que de l'ordonnance elle-même (s'il y a lieu), à tout administrateur ultérieur de programme, le cas échéant.

Vous comprenez que le Programme ne vise pas à fournir des diagnostics ou des conseils d'ordre médical. Vous devez toujours demander l'avis de votre médecin si vous avez des problèmes de santé. Vous avez discuté avec votre médecin des avantages et des risques du produit et avez décidé d'entamer un traitement. Vous comprenez que vous êtes libre de signer ou non le présent formulaire de consentement. Toutefois, si vous ne signez pas ce formulaire de consentement, vous n'aurez pas accès aux aides offertes dans le cadre du Programme.

FORUS se réserve le droit de modifier le Programme, de l'interrompre ou d'y mettre fin, en tout temps et sans préavis.

En signant ce formulaire, vous acceptez de vous inscrire au Programme et autorisez la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements, notamment vos coordonnées et les informations sur votre assurance, vos ordonnances, votre état de santé, les résultats de vos examens diagnostiques et d'autres renseignements médicaux transmis par vos fournisseurs de soins de santé (les « **renseignements personnels** »), comme indiqué ci-dessous. Vous consentez également à ce que l'administrateur de programme communique avec vous ou avec l'aidant ou le représentant légal que vous désignez, pour fournir les services du Programme et évaluer son efficacité. Vous convenez également que l'administrateur de programme peut transmettre vos renseignements personnels à votre aidant ou représentant légal à ces fins. Les appels téléphoniques avec l'administrateur de programme peuvent être surveillés ou enregistrés à des fins de contrôle de la qualité et de formation.

Renseignements personnels : collecte, utilisation et divulgation

Les renseignements personnels fournis dans ce formulaire seront communiqués à l'administrateur de programme dans le but d'administrer et d'assurer la prestation des services en vertu du Programme. À ces fins, l'administrateur de programme peut également recueillir des renseignements personnels auprès de votre assureur et de vos fournisseurs de soins de santé. Les renseignements personnels peuvent être collectés auprès des fournisseurs de soins de santé en cas de réaction indésirable au médicament.

Vos renseignements personnels peuvent être divulgués aux parties suivantes :

- FORUS, à des fins de vérification et de résolution de problèmes, pour honorer ses obligations de traitement des plaintes et des signalements de réactions indésirables au médicament auprès de Santé Canada, et dans le cas d'une demande spéciale nécessitant l'autorisation de FORUS;
- Assureurs publics et privés afin d'enquêter sur les options de remboursement du médicament; et
- Fournisseurs de soins de santé dans le cadre d'une réaction indésirable au médicament ou aux fins d'enquête sur les options de remboursement. Les fournisseurs de soins de santé peuvent en outre communiquer vos renseignements personnels à Santé Canada ou aux assureurs à ces fins.

Les renseignements personnels peuvent également être divulgués dans d'autres circonstances prévues par la loi applicable, y compris les lois étrangères applicables. De plus, les renseignements personnels peuvent être transmis à des prestataires de services qui exécutent certains services au nom de l'administrateur de programme ou de FORUS relativement au Programme.

L'administrateur de programme peut communiquer des renseignements personnels anonymisés à FORUS. Lorsque des renseignements personnels sont anonymisés, les données d'identification directes sont remplacées par un code unique ou intégralement retirées. FORUS peut utiliser des données anonymisées à des fins telles que la collecte d'éléments probants concrets, l'étude de marché, les publications cliniques et l'évaluation interne. FORUS peut également utiliser des données anonymisées pour générer des renseignements globaux. Les données globales peuvent être transmises à

des tiers. Ces tiers doivent convenir de ne pas tenter d'identifier toute personne à partir des données globales.

Vos renseignements personnels seront protégés par des mesures de protection physiques, administratives et techniques raisonnables afin d'en éviter la perte, le vol et toute consultation, communication, copie, utilisation ou modification non autorisées.

Les renseignements personnels peuvent être transférés, conservés ou traités à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence ou à l'extérieur du Canada, y compris aux États-Unis. En cas de traitement à l'extérieur du Canada, les renseignements personnels seront assujettis aux lois étrangères applicables, qui n'offrent pas nécessairement les mêmes mesures de protection des renseignements personnels que les lois canadiennes.

Vous avez le droit de retirer votre consentement en tout temps en communiquant avec l'administrateur de programme au 1-833-4YOUOSP (1-833-496-8777). Si vous retirez votre consentement, vous n'aurez plus accès aux services fournis dans le cadre du Programme. Le retrait de votre consentement n'aura pas d'effet rétroactif et les activités liées à vos renseignements personnels avant le retrait de votre consentement ne seront pas concernées. Si vous avez des questions sur le traitement de vos renseignements personnels dans le cadre du Programme, ou si vous souhaitez demander l'accès à vos renseignements personnels recueillis dans le cadre du Programme ou les corriger, vous pouvez communiquer avec l'administrateur de programme au numéro de téléphone indiqué ci-dessus et demander à parler à l'agent de protection de la vie privée.

Nom du patient: _____

- ☐ J'ai lu et compris la déclaration de confidentialité et de consentement du patient, et je l'approuve.

Signature du patient
ou du représentant légal

Date (JJ/MM/AAAA)

Si je signe le présent document en tant que représentant légal du patient, je déclare et certifie que je suis le représentant légal du patient et que j'ai le pouvoir de fournir ce consentement en son nom.

OU

- ☐ Le patient a fourni son consentement verbal pour poursuivre l'inscription à ce jour

Consentement verbal obtenu par : _____

Signature de la personne
ayant obtenu le consentement verbal

Date (JJ/MM/AAAA)

Déclaration de confidentialité et de consentement du médecin

Vous confirmez que vous assurez les soins du patient désigné sur ce formulaire, que le patient peut prétendre à recevoir le produit, et que vous lui avez fourni des explications sur le Programme. Vous confirmez que l'ordonnance constitue l'ordonnance d'origine pour le produit destinée au patient et que toute autre ordonnance pour le produit a été annulée et conservée en lieu sûr, et qu'elle ne sera pas transférée ailleurs ultérieurement. Vous autorisez l'administrateur de programme à transmettre l'ordonnance par télécopieur ou par tout autre moyen à la pharmacie spécialisée du Programme ou à une autre pharmacie choisie par le patient. Vous consentez à ce que l'administrateur de programme communique avec vous à propos du patient, du produit, des effets indésirables et des plaintes liées au produit. Vous acceptez que vos coordonnées et les renseignements d'ordonnance soient transmis à FORUS aux fins de vérification et d'amélioration du Programme, et en cas d'effets indésirables, pour les besoins en matière de renseignements et de formation, aux fins de recherche et dans la mesure permise par la loi. Vous comprenez qu'un représentant de FORUS peut communiquer avec vous pour s'assurer que vos besoins en matière d'informations médicales soient satisfaits. Les informations recueillies dans le cadre du Programme peuvent être traitées et sauvegardées dans n'importe quelle province ou territoire du Canada ou à l'extérieur du Canada. Vous acceptez d'assurer la confidentialité de tous les renseignements sur le Programme et de ne pas les divulguer à un tiers, à moins que FORUS ne l'autorise.