

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME DE SOUTIEN

proVital^{MD}

TÉLÉCOPIEUR :
1-877-776-1022
TÉLÉPHONE : 1-877-776-1002

ADRESSE :
70 WYNFORD DR., C.P. 383,
NORTH YORK (ONTARIO) M3C 2S7

Estampiller la carte d'inscription
du patient ici

Courriel : provital@patientdirect.ca

Si l'envoi provient d'une pharmacie, cochez ici

1. Renseignements sur le prescripteur

Nom complet du prescripteur (en lettres moulées) : Omnipraticien Spécialiste Infirmière praticienne

Adresse : Ville (province) : Code postal :

Numéro de téléphone : Télécopieur : Heures d'ouverture :

2. Renseignements sur le patient

Prénom : Nom de famille :

Adresse : Ville (province) : Code postal :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : / / Numéro de téléphone principal : Peut-on laisser un message?

Nom d'une autre personne avec qui communiquer et lien avec cette personne : Numéro principal : Peut-on laisser un message?

Courriel :

En fournissant mon adresse de courriel, j'accepte de recevoir, par voie électronique, des renseignements et des mises à jour au sujet de ma participation au programme de soutien ProVital^{MD} provenant de McKesson Canada Corporation (« McKesson »), agissant au nom d'Amgen Canada Inc. Je comprends que je peux en tout temps retirer mon consentement à recevoir ces communications en avisant McKesson par la poste, au 70 Wynford Dr., C.P. 383, North York (Ontario) M3C 2S7 ou par courriel à l'adresse provital@patientdirect.ca.

Date de la 1^{re} injection (JJ/MM/AAAA) : / / Confirmée Prévues Inconnues

Point d'injection :

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

J'AI LU ET COMPRIS LES MODALITÉS DE CONSENTEMENT FIGURANT AU VERSO ET JE LES ACCEPTE.

En tant que médecin traitant ou fournisseur de soins, j'atteste que le patient susmentionné a consenti verbalement à s'inscrire au Programme (un représentant du Programme obtiendra le consentement du patient).

Les services de soutien ProVital sont disponibles en anglais, en français, en mandarin et en cantonais. Veuillez encercler la préférence linguistique du patient.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME DE SOUTIEN

TÉLÉCOPIEUR : 1-877-776-1022
TÉLÉPHONE : 1-877-776-1002

ADRESSE : 70 WYNFORD DR., C.P. 383,
NORTH YORK (ONTARIO) M3C 2S7

3. Consentement

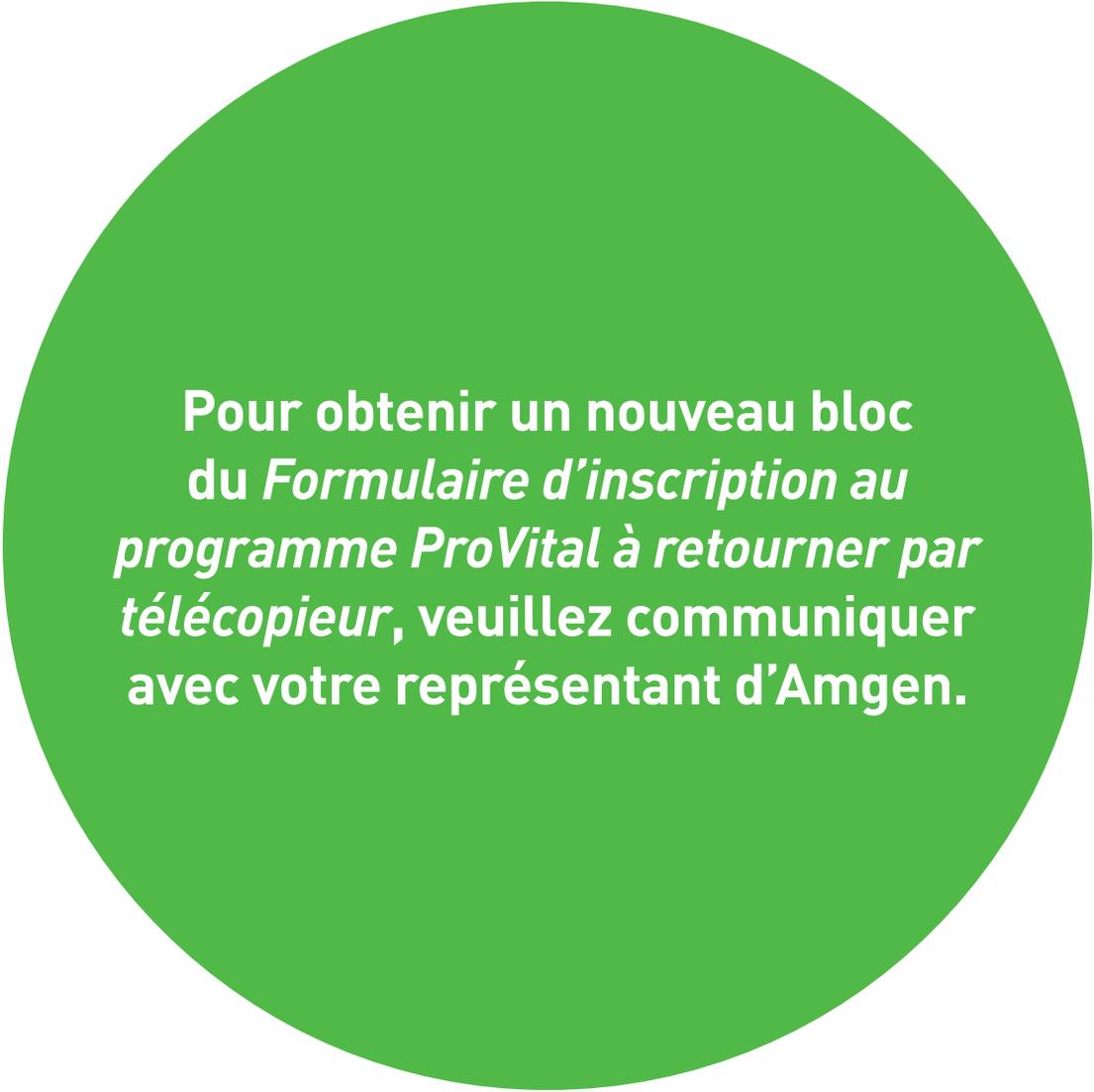
En signant ce formulaire, je reconnais avoir lu et compris les renseignements ci-dessous et j'accepte que McKesson, Amgen et les agents et fournisseurs de services autorisés d'Amgen recueillent, utilisent et divulguent mes renseignements personnels, y compris mes renseignements médicaux, comme il est expliqué. J'accepte aussi que McKesson, Amgen ou leurs agents autorisés communiquent avec moi de temps à autre pour les raisons mentionnées ci-dessus.

Le programme ProVital (« Programme ») est commandité par Amgen Canada Inc. (« Amgen ») et administré par McKesson, un tiers fournisseur, au nom d'Amgen. D'autres fournisseurs de services pourraient être désignés par Amgen pour administrer le Programme selon les besoins. Les renseignements personnels que vous, les professionnels de la santé (y compris votre médecin et votre pharmacie), les assureurs ou les payeurs avez divulgués au Programme, y compris votre nom, vos coordonnées et vos renseignements d'ordonnance, seront utilisés afin de faciliter la gestion et l'administration du Programme, y compris la prestation de services tels que la gestion du remboursement ou l'aide au remboursement, la formation ou l'assistance concernant le traitement (p. ex., une formation sur l'auto-injection) et le fait que des renseignements relatifs au Programme vous ont été communiqués.

Amgen a une obligation légale de déclarer les effets indésirables des médicaments à divers organismes de réglementation en matière de santé locaux et internationaux et de surveiller les plaintes relatives aux produits. Les renseignements personnels fournis au Programme peuvent être i) utilisés par Amgen ou ses fournisseurs de services pour surveiller les risques associés aux médicaments et les plaintes relatives aux produits afin d'assurer le respect de ses obligations de déclaration en vertu de la loi, et ii) divulgués aux organismes de réglementation en matière de santé locaux et internationaux. Amgen peut communiquer avec vous ou votre médecin pour obtenir des informations supplémentaires pour s'acquitter de ses obligations de déclaration. Vos renseignements personnels pourraient être combinés à ceux d'autres participants dans le but d'obtenir des données agrégées ne contenant aucune information d'identification (« données agrégées »). Les données agrégées peuvent être utilisées par Amgen et ses fournisseurs de services pour améliorer ou parfaire le Programme, pour concevoir et mettre en œuvre d'autres programmes à l'intention des patients et pour des fins de recherche, y compris le repérage de tendances comme l'utilisation, l'observance ou les résultats liés à un produit.

À ces fins uniquement, McKesson pourrait, de façon confidentielle, recueillir vos renseignements personnels et les communiquer à vos fournisseurs de soins de santé, assureurs et/ou autres payeurs, à Amgen ou à ses agents et fournisseurs de services (p. ex., les fournisseurs de technologies de l'information). Si, selon les besoins, un autre fournisseur de services est désigné par Amgen pour administrer le Programme, vos renseignements personnels seront transférés à ce fournisseur de services afin d'assurer la continuité des services du Programme. Veuillez noter qu'Amgen et ses fournisseurs de services peuvent conserver ou traiter vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada (y compris aux États-Unis), où les lois peuvent obliger la divulgation de renseignements personnels aux autorités gouvernementales dans des circonstances différentes de celles exigées au Canada. De plus, vos renseignements personnels peuvent être utilisés ou divulgués à d'autres tiers lorsque les lois, les ordonnances d'un tribunal ou la réglementation gouvernementale (collectivement appelées « lois applicables ») le permettent ou l'exigent.

Vos renseignements personnels seront conservés uniquement pendant la période de temps nécessaire pour atteindre le but dans lequel ils ont été recueillis et pour se conformer aux lois applicables. Les mesures de protection habituelles de l'industrie seront utilisées pour protéger la confidentialité des renseignements personnels recueillis. Vous pouvez communiquer en tout temps avec l'agent de la protection des renseignements personnels du Programme pour accéder à vos renseignements personnels, les mettre à jour, les modifier ou retirer votre consentement (en partie ou en totalité), faire part d'une inquiétude concernant la confidentialité de vos renseignements, ou pour vous renseigner sur les pratiques en matière de protection des renseignements personnels du Programme (y compris celles relatives au traitement des renseignements de source étrangère). Vous pouvez communiquer avec l'agent de la protection des renseignements personnels par courriel à l'adresse privacycanada@amgen.com ou par la poste à l'adresse : Amgen Canada, à l'attention du Directeur de la protection des renseignements personnels, 6775 Financial Drive, bureau 100, Mississauga (Ontario) L5N 0A4. Veuillez noter que le retrait ou la modification de votre consentement peut limiter votre admissibilité aux services du Programme.



**Pour obtenir un nouveau bloc
du *Formulaire d'inscription au
programme ProVital à retourner par
télécopieur*, veuillez communiquer
avec votre représentant d'Amgen.**