



Pour inscrire vos patients au
PROGRAMME DE SOINS AUX PATIENTS SOUS TEVA-TERIFLUNOMIDE^{MS},
Veuillez remplir ce formulaire et le retourner à :
Télécopie : 1.844.527.1218
Courriel : info@TeriflunomideTevaCanada.com

**INSCRIPTION DU
PATIENT ET FORMULAIRE
DE CONSENTEMENT**

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT				EFFACER LA SÉLECTION	
Nom de famille :		Prénom :			
Numéro de carte d'assurance maladie :		Date de naissance : AAAA MM JJ		Sexe : <input type="radio"/> H <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Autre	
Adresse :		Ville :		Province :	
Code postal :	Téléphone cellulaire :	Autre numéro de téléphone :		Laisser un message : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Moment préférable pour vous joindre : <input type="radio"/> Matin <input type="radio"/> Après-midi			Courriel :		
Méthode de contact préférée : <input type="radio"/> Téléphone <input type="radio"/> Courriel <input type="radio"/> Texto			Langue préférée : <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Autre :		
Couverture/régime d'assurance médicaments : <input type="radio"/> Privé <input type="radio"/> Public <input type="radio"/> Inconnu					
<input type="radio"/> Documents administratifs relatifs au régime d'assurance envoyés au payeur — Date de l'envoi : AAAA MM JJ					

CONSENTEMENT DU PATIENT

J'atteste avoir lu et compris les modalités du consentement du patient et j'accepte la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels par Teva Support Solutions^{MD} conformément à sa politique de confidentialité, que j'ai eu l'occasion d'examiner et dont une copie est annexée aux présentes. Je consens expressément à la conservation sécuritaire de mes renseignements personnels à l'extérieur du Canada, y compris au sein de l'Union européenne, en Israël ou aux États-Unis, conformément à la politique de confidentialité ci-jointe.

<input type="radio"/> Consentement écrit	Date: AAAA MM JJ	<input type="radio"/> Consentement verbal	Date: AAAA MM JJ
--	----------------------	---	----------------------

X Signature du patient :

X Signature du professionnel de la santé :

ÉVALUATION CLINIQUE (REMARQUE : TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES)

Diagnostic <input type="radio"/> Sclérose en plaques rémittente (SEP-RR)		Autorisation médicale Le patient a-t-il été autorisé par son médecin à commencer le traitement par Teva-Teriflunomide? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <i>Veuillez consulter la monographie de produit pour plus de détails.</i> Date de début prévue : AAAA MM JJ			
Critère d'admissibilité Score EDSS actuel :	Date du score EDSS : AAAA MM JJ	Nombre de poussées au cours des 2 dernières années	Traitements modificateurs de la maladie antérieurs		
Est-ce que le patient requiert de l'assistance pour les analyses sanguines? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (Veuillez soumettre votre réquisition avec ce formulaire d'inscription)					
Renseignements additionnels :					

ORDONNANCE R _x Comprimés [®] Teva-Teriflunomidee (DIN : 02501090)	
<input type="radio"/> Patient jamais traité	Quantité: <input type="radio"/> Boîte de 28 comprimés en plaquettes alvéolées – 1 mois <input type="radio"/> Flacon de 30 comprimés – 1 mois
<input type="radio"/> Patient changeant de traitement	
<input type="radio"/> Teriflunomide 14 mg par voie orale 1 f.p.j.	
Renouvellement : <input type="radio"/> 6 mois <input type="radio"/> 12 mois <input type="radio"/> Autre : ____ mois	
Directives additionnelles/commentaires :	

Pour inscrire vos patients au **PROGRAMME DE SOINS AUX PATIENTS SOUS TEVA-TERIFLUNOMIDESM**, suivez les instructions suivantes :

1. Téléchargez le formulaire et le sauvegarder sur votre ordinateur.
2. Complétez toutes les sections et signez le formulaire.
3. Sauvegardez le formulaire.

Veuillez télécopier le formulaire dûment rempli au **1.844.527.1218** ou l'envoyer par courriel à info@TeriflunomideTevaCanada.com

Teva-Teriflunomide est indiqué en monothérapie pour le traitement des patients atteints de sclérose en plaques rémittente (SEP-RR) pour réduire la fréquence des poussées cliniques et retarder l'aggravation de l'invalidité physique.

Veuillez consulter la monographie du produit pour obtenir des renseignements pertinents concernant les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, la posologie et les conditions d'utilisation clinique à https://www.tevacanada.com/globalassets/canada-scs/product-monographs/teriflunomide-tabs-14mg-teva-pm-apr26_2022-wis-fr.pdf; ou en composant le 1-800-268-4127, poste 3, ou envoyez un courriel à druginfo@tevacanada.com

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR

Consentement du prescripteur (non requis si l'inscription est faite à la pharmacie)

J'autorise le Programme de soins aux patients sous Teva-Teriflunomide^{MS} à me servir d'agent désigné pour faire suivre cette ordonnance par télécopieur ou par un autre mode de livraison à la pharmacie choisie par le patient susnommé. Cette ordonnance représente la commande originale du médicament délivré sur ordonnance au patient. Toute ordonnance antérieure de teriflunomide pour ce patient est annulée par les présentes, a été mise en sûreté et ne sera pas transmise. Je confirme que ce patient remplit les conditions requises pour entreprendre un traitement par le Teva-Teriflunomide, conformément à la monographie de produit ainsi qu'aux contre-indications, mises en garde et précautions qui y sont décrites.

Nom de famille :	Prénom :
N° de permis d'exercice :	Tél au bureau :
N° de télécopie :	
Courriel du bureau :	
Adresse/cachet de la clinique :	

X Signature du prescripteur :

Date: AAAA | MM | JJ



Pour inscrire vos patients au

PROGRAMME DE SOINS AUX PATIENTS SOUS TEVA-TERIFLUNOMIDE^{MS},

Veuillez remplir ce formulaire et le retourner à :

Télécopie : 1.844.527.1218

Courriel : info@TeriflunomideTevaCanada.com

**INSCRIPTION DU
PATIENT ET FORMULAIRE
DE CONSENTEMENT**

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ DU PROGRAMME DE SOINS AUX PATIENTS SOUS TEVA-TERIFLUNOMIDE^{MS} TEVA SUPPORT SOLUTIONS^{MP} (TSS)

Teva Support Solutions (TSS) respecte votre confidentialité et s'engage fermement à protéger vos données personnelles. Cette politique de confidentialité décrit les informations que nous pouvons collecter et comment nous les utilisons et les sauvegardons. Si vous avez des questions, ou si vous souhaitez avoir plus d'explications au sujet de la manière par laquelle nous ou nos prestataires autorisés traitons vos données personnelles, ou pour accéder à vos données personnelles dans nos registres, n'hésitez pas à nous contacter aux coordonnées fournies ci-dessous.

Pourquoi avons-nous besoin de vos informations personnelles?

Ain de permettre à TSS de vous offrir les services dont vous avez besoin, nous pourrions solliciter des données personnelles, y compris des renseignements personnels sur la santé, de votre part ou auprès de votre médecin traitant, votre pharmacien, votre assureur, votre payeur public ou tout autre fournisseur de soins de santé ou agent-payeur susceptibles de détenir les données sollicitées. Nous ne consulterons, ne collecterons ou n'utiliserons aucune de vos données personnelles sans votre consentement. Nous ne solliciterons que les données personnelles susceptibles de vous être utiles dans le respect de nos engagements et de nos obligations relatives à la pharmacovigilance (qui peuvent s'appliquer même après votre départ du Programme de soutien aux patients TSS), et dans la recherche, la mise au point et l'amélioration de nos produits et services. Les services offerts par TSS consistent entre autres à :

- vous fournir des services personnalisés afin de satisfaire vos besoins spécifiques;
- déterminer la pertinence de nos services pour vos besoins;
- déterminer votre admissibilité à nos produits et services;
- déterminer votre admissibilité à l'assistance remboursement;
- vous fournir de l'information sur la sclérose en plaques et sur nos produits et services.

Accès et utilisation des données

Les données personnelles que vous nous fournissez ne seront accessibles et utilisées que par TSS, par nos partenaires et agents autorisés et par les membres de notre personnel, qui sont tenus de préserver la confidentialité de vos renseignements personnels. En acceptant de fournir vos données conformément aux termes de cette politique de confidentialité, vous nous autorisez à partager les données pertinentes contenues dans votre dossier avec votre médecin traitant, nos partenaires et les tiers autorisés qui nous aident à vous fournir des services (c'est-à-dire uniquement les données nécessaires pour offrir le service sollicité de la part du tiers). Les tiers peuvent inclure, mais sans s'y limiter :

- nos fournisseurs de soins (pour les rappels et la coordination des rendez-vous, les conseils sur votre thérapie ou le suivi de votre thérapie);
- nos prestataires (en matière de couverture thérapeutique);
- notre agence de publicité (chargée d'envoyer des données et des publications sur support papier); ou
- les potentiels agents-payeurs ou organismes de remboursement.

Vous consentez à ce que le Programme TSS communique avec vous par téléphone, par texto ou par courriel et à ce qu'il échange des renseignements personnels par téléphone, par télécopieur ou par courriel avec votre assureur et vos fournisseurs de soins de santé afin d'établir votre admissibilité au Programme et d'exécuter les services offerts par celui-ci. Le courriel et le textage peuvent être utilisés dans le courant de votre participation au Programme TSS pour vous informer de votre statut dans le cadre du Programme et pour fournir les services offerts par celui-ci, de même que les avis et les rappels. Vous reconnaissez que ni le courriel ni le textage ne sont des modes de communication sécurisés et qu'il serait possible pour un tiers d'accéder aux courriels et aux textos pour prendre connaissance de leur contenu. Vous avez la possibilité d'autoriser la communication électronique, mais vous pouvez retirer votre autorisation à tout moment.

Nous pourrions partager les données avec des firmes extérieures que nous engagerons afin d'effectuer des études de marché pharmaceutiques en notre nom et qui pourront vous contacter pour le seul besoin de collecter des informations issues des études de marché. Nous pourrions également partager les données avec les représentants et avec les autorités de la santé, qui collectent certaines données pour les besoins de contrôle de sécurité des produits commercialisés, y compris les données, le cas échéant, relatives à la grossesse des patientes inscrites au Programme de soutien aux patients TSS.

Par conséquent, vos données peuvent également être accessibles à d'autres personnes explicitement autorisées ou selon la loi en vigueur. Toutes données que nous avons partagées avec ces tiers resteront confidentielles et en leur possession uniquement aussi longtemps que nécessaire pour les besoins des services que nous offrons. Les données en leur possession seront ensuite détruites en toute sécurité.

Vos données ne seront vendues à un tiers pour aucune raison, à aucun moment et en aucune circonstance. Les données contenues dans votre dossier seront conservées uniquement selon le besoin et ne seront utilisées que pour les raisons mentionnées dans votre dossier. Une fois l'objectif atteint, votre dossier sera supprimé sauf si vous sollicitez plus de services ou si nous avons besoin de conserver une copie conformément à la loi en vigueur.

Vous pouvez décider de retirer votre consentement pour la consultation, la collecte, l'utilisation ou la divulgation de vos données entièrement ou en partie à tout moment. Cependant, veuillez considérer qu'il est possible que votre décision nous empêche de vous fournir les services et les données dont vous avez besoin.

Protection

Vos données seront sauvegardées sur une base de confidentialité dans les bureaux et/ou les serveurs sécurisés de TSS situés à l'intérieur et à l'extérieur du Canada, y compris au sein de l'Union européenne, en Israël ou aux États-Unis. Pour recevoir les services de TSS, vous devez consentir expressément à la conservation sécuritaire de vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada. Elles sont protégées par diverses mesures de sécurité physiques, techniques et administratives telles que les verrous magnétiques, le cryptage de données et un système d'identifiants et de mots de passe individuels pour chaque membre du personnel.

Contact au nom d'une autre personne

TSS doit traiter directement et exclusivement avec vous. Par conséquent, il n'est pas possible pour d'autres personnes de contacter TSS en votre nom. Si vous souhaitez recevoir des services de notre part pour le compte d'un membre de famille, d'un ami ou d'une autre personne, veuillez lui donner notre numéro de téléphone.

Garantir l'exactitude de vos données

Nous nous engageons à maintenir vos données personnelles exactes aussi longtemps que nécessaire pour les besoins précédemment décrits. Vous jouez un rôle important en nous aidant à atteindre cet objectif. Vous pouvez mettre à jour vos données en nous contactant par téléphone ou par courrier électronique. Une notification immédiate de votre part en cas de changement de coordonnées nous aidera à vous offrir les services sollicités.

Modifications apportées à la politique de confidentialité

TSS se réserve le droit de changer, de modifier ou d'amender la présente politique à tout moment. Cependant, en cas de changement important, vous serez informé dans un délai raisonnable par téléphone, par courrier ou par courrier électronique.

Responsable de la confidentialité au sein de Teva Support Solutions^{MP} (médicaments génériques)

30 Novopharm Court, Toronto, Ontario M1B 2K9, Canada
PrivacyOfficerCanada@tevacanada.com

TEVA ainsi que sa variante conceptuelle sont des marques déposées de Teva Pharmaceutical Industries Ltd. et sont utilisées sous licence.

Le Programme de soins aux patients sous Teva-Teriflunomide^{MS} est une marque de service de Teva Pharmaceutical Industries Ltd. qui est utilisée sous licence.

Le Programme de soins aux patients sous Teva-Teriflunomide^{MS} est géré dans le cadre des services offerts par Teva Support Solutions (TSS)^{MP}. © 2022 Teva Canada Limitée.