

Il est possible de joindre les gestionnaires de cas du programme du lundi au vendredi, de 9 h à 20 h (HE) ☎ Téléphone : 1-844-592-6689 ☎ Télécopieur : 1-855-592-6689 ✉ Courriel : info@ranoptotss.ca

**RANOPTO<sup>MC</sup> (ranibizumab) est indiqué chez l'adulte pour :**

- le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA);
- le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique (OMD);
- le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire secondaire à une occlusion veineuse rétinienne (OVR);
- le traitement de la déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne (NVC) secondaire à une myopie pathologique (MP);
- le traitement de la déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne (NVC) secondaire à une maladie oculaire autre que la DMLA ou la MP, y compris, sans s'y limiter, stries angioïdes, rétinorchoréïdopathie post-inflammatoire, chorioretinopathie séreuse centrale ou chorioretinopathie idiopathique.

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00073245.PDF](https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00073245.PDF) pour obtenir des renseignements importants concernant les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'utilisation clinique. Il est également possible d'obtenir la monographie de produit en **nous appelant au 1-833-662-5644**.

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

|                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                      |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Nom :                                                                                                                           |                                    | Prénom :                                                                                                             |            |
| Sexe : <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Autre                                              | Date de naissance : AAAA   MM   JJ | Carte d'assurance maladie du patient :                                                                               |            |
| Adresse :                                                                                                                       |                                    | Ville :                                                                                                              | Province : |
| Code postal :                                                                                                                   | Téléphone cellulaire :             | Autre numéro de téléphone :                                                                                          |            |
| Préférence pour vous joindre : <input type="radio"/> Matin <input type="radio"/> Après-midi                                     |                                    | Courriel :                                                                                                           |            |
| Moyen préférable pour vous joindre : <input type="radio"/> Téléphone <input type="radio"/> Courriel <input type="radio"/> Texto |                                    | Langue de communication : <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Autre : |            |
| Régime d'assurance <input type="radio"/> Régime public : N° D'IDENTIFICATION                                                    |                                    | <input type="radio"/> Régime privé : NOM DE L'ASSUREUR N° D'IDENTIFICATION                                           |            |
| médicaments utilisé : <input type="radio"/> Frais assumés par le patient                                                        |                                    | <input type="radio"/> Aucune couverture en place                                                                     |            |

**CHOIX DE LA PHARMACIE**

J'atteste avoir lu, compris et accepté l'énoncé annexé aux présentes concernant mon choix de la pharmacie qui fournira et livrera les produits gratuits que je recevrai du programme (le cas échéant).

☒ **CONSENTEMENT DU PATIENT EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ**

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<sup>MD</sup> 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.

☐ En cochant cette case, je consens à ce que mes renseignements personnels soient également utilisés aux fins de recherche et développement dans le but d'améliorer les produits et services de Teva.

☐ En cochant cette case, je consens à ce que mes renseignements personnels soient transmis à des firmes extérieures engagées par Teva afin d'effectuer des études de marché pharmaceutique au nom de Teva. Ces firmes peuvent communiquer avec moi dans le seul but de recueillir des renseignements relatifs à l'étude de marché.

☐ Consentement écrit Date : AAAA | MM | JJ

☐ Consentement verbal Date : AAAA | MM | JJ

Signature (patient ou tuteur) : \_\_\_\_\_

Signature du professionnel de la santé : \_\_\_\_\_

**ÉVALUATION CLINIQUE**

|                                     |                                                                                                       |                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date du diagnostic : AAAA   MM   JJ | Diagnostic :                                                                                          | <input type="radio"/> Déficience visuelle due à un œdème maculaire secondaire à une occlusion veineuse rétinienne (OVR)             |
| Commentaires additionnels :         | <input type="radio"/> Forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) | <input type="radio"/> Déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne (NVC) secondaire à une myopie pathologique (MP) |
|                                     | <input type="radio"/> Déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique                         | <input type="radio"/> Déficience visuelle due à une NVC secondaire à une maladie oculaire autre que la DMLA ou la MP*               |

**COMMANDE DU MÉDICAMENT SUR ORDONNANCE**

RANOPTO<sup>MC</sup> est offert en solution de 10 mg/mL pour injection intravitréenne.

En remplissant cette section, je confirme que je commande un médicament pour le patient dont le nom figure dans le présent formulaire d'inscription dans la province où je suis titulaire d'un permis d'exercice.

Posologie : ☐ Œil droit ☐ Œil gauche ☐ Deux yeux

**RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

En signant le présent document, je reconnais que le patient a reçu une prescription de RANOPTO<sup>MC</sup> pour le traitement cité plus haut. Je confirme que ce patient est admissible au traitement par RANOPTO<sup>MC</sup> conformément à la monographie du produit, compte tenu de l'ensemble des contre-indications, mises en garde et précautions décrites dans les présentes. Je confirme avoir pris connaissance de l'énoncé joint aux présentes en ce qui concerne le choix de la pharmacie du patient qui fournira et livrera les produits gratuits du programme.

|                               |                                    |                                                                                          |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du médecin prescripteur : | Nom de la clinique / emplacement : | Date de l'injection (si elle est différente de la date de la signature) : AAAA   MM   JJ |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

Signature du professionnel de la santé : \_\_\_\_\_

Date : AAAA | MM | JJ

## CHOIX DE LA PHARMACIE

Si j'ai droit à des produits gratuits dans le cadre du programme, je comprends que le programme prendra les dispositions nécessaires avec la pharmacie de mon choix. Cependant, il est possible que certaines pharmacies ne remplissent pas les exigences pour fournir le médicament et/ou pourraient imposer des frais qui ne seront pas couverts par le programme. Si la pharmacie que j'ai choisie impose des frais pour me fournir le médicament, je comprends que je devrai acquitter ces frais.

## POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS TEVA SUPPORT SOLUTIONS<sup>MD</sup> DE RANOPTO<sup>MC</sup> (TSS RANOPTO)

Le programme de soutien aux patients Teva Support Solutions<sup>MD</sup> de RANOPTO<sup>MC</sup> (TSS RANOPTO) 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-dessus.

### POURQUOI AVEZ-VOUS BESOIN DE MES INFORMATIONS PERSONNELLES?

Afin de permettre à TSS RANOPTO de vous offrir les services dont vous avez besoin, vous reconnaissez que, s'il y a lieu, nous pourrions vous demander de nous fournir des données personnelles, y compris des renseignements personnels sur la santé, et vous nous autorisez à obtenir de tels renseignements auprès de votre médecin traitant, de votre pharmacien, de votre assureur, de votre payeur public ou de tout autre fournisseur de soins de santé ou agent-payeur susceptibles de détenir les données sollicitées. 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 TSS), et dans la recherche, la mise au point et l'amélioration de nos produits et services. Les services offerts par TSS sont entre autres :

- 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 RANOPTO<sup>MC</sup> 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);
- les potentiels agents-payeurs ou organismes de remboursement.

Vous consentez à ce que le programme TSS RANOPTO 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. 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 échanger les données avec des firmes extérieures que nous engagerons afin d'effectuer des études de marché pharmaceutiques en notre nom et celles-ci pourront vous contacter pour le seul besoin de recueillir 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 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 échangées 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 aux lois 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 conservées en toute confidentialité dans les bureaux et/ou les serveurs sécurisés de TSS RANOPTO situés à l'intérieur ou 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. Ils sont protégés 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 RANOPTO 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 votre 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 pour nous aider à atteindre cet objectif. Vous pouvez mettre à jour vos données en nous contactant par téléphone au 1-844-592-6689 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 RANOPTO 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 courriel.