

CINQAIR^{MD} est indiqué comme appoint au traitement de l'asthme éosinophile sévère chez l'adulte :

- dont l'asthme n'est pas bien maîtrisé malgré l'administration de corticostéroïdes pour inhalation en doses intermédiaires ou élevées et d'un ou de plusieurs autres antiasthmatiques d'appoint (p. ex., bêta₂-agoniste à longue durée d'action [BALA]), et
 - dont le sang contient ≥ 400 granulocytes éosinophiles par μL au début du traitement.
- Il existe peu de données sur l'emploi de CINQAIR^{MD} chez les patients âgés de plus de 65 ans.

CINQAIR^{MD} n'est pas indiqué pour traiter d'autres affections éosinophiles ni pour soulager le bronchospasme aigu ou l'état de mal asthmatique.

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR LES PATIENTS RECEVANT CINQAIR^{MD}

Veuillez télécopier ce formulaire au 1-844-330-7247.

INFORMATION SUR LE PATIENT

Nom :	Prénom :	Genre : ☐ H ☐ F ☐ Autre	Date de naissance : JOUR	MOIS	ANNÉE
Adresse :	Ville :	Province :	Code postal :	Téléphone n° 1 :	
Téléphone n° 2 :	Courriel :	Carte d'assurance maladie du patient :			
Mode de communication privilégié : ☐ Téléphone ☐ Courriel ☐ Texto		Préférence pour vous joindre : ☐ Matin ☐ Après-midi			
Langue de préférence : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre		Couverture/régime d'assurance médicaments : ☐ Privé ☐ Public ☐ Inconnu			
Documents administratifs relatifs au régime d'assurance envoyés au payeur : ☐ Oui ☐ Non					Date de l'envoi :

CONSENTEMENT DU PATIENT

J'atteste avoir lu, compris et accepté la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels par Teva Support Solutions^{MD} (TSS) 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	Signature du patient :	Date : JOUR	MOIS	ANNÉE
☐ Consentement verbal	Signature du professionnel de la santé :	Date : JOUR	MOIS	ANNÉE

ADMISSIBILITÉ DU PATIENT ET ASSURANCE MÉDICAMENTS

- ☐ **Je confirme que ce patient :**
- a un asthme éosinophile sévère et est âgé de 18 ans ou plus;
 - a un asthme qui n'est pas bien maîtrisé malgré l'administration de corticostéroïdes pour inhalation en doses intermédiaires ou élevées et d'un ou de plusieurs autres antiasthmatiques d'appoint (p. ex., BALA);
 - a un sang qui contient ≥ 400 granulocytes éosinophiles par μL au début du traitement.

Ce patient a-t-il déjà reçu un traitement contre l'asthme éosinophile sévère? ☐ Non ☐ Oui, nom du médicament : _____

Si oui : Quel était le nombre d'éosinophiles avant l'instauration du traitement ci-dessus? _____ granulocytes éosinophiles/ μL

Régime d'assurance privé

Le patient est couvert par un régime d'assurance privé : ☐ Oui ☐ Non Nom de l'assureur privé : _____

☐ **Programme d'accès accéléré à CINQAIR^{MD} :** Je comprends qu'un patient bénéficiant d'un régime d'assurance privé peut être admissible à recevoir le traitement gratuitement pendant une période allant jusqu'à 2 mois, conformément au Programme d'accès accéléré à CINQAIR^{MD} de Teva, et je souhaite que l'admissibilité de ce patient soit évaluée. Je comprends également que le traitement peut être interrompu après 2 mois si l'assureur n'est pas en mesure de fournir le médicament au patient en fonction du régime d'assurance médicaments de ce dernier.

SECTION DU MÉDECIN

Nom :	Prénom :
N° de permis :	Adresse :
Ville :	Province : Code postal :
Téléphone :	Télécopieur : Courriel :

CONSENTEMENT DU MÉDECIN

☐ J'autorise Teva Support Solutions^{MD} à agir en qualité de mon agent désigné afin de transmettre les prescriptions indiquées ci-dessous par télécopieur à la pharmacie choisie par le patient susmentionné. Pour CINQAIR^{MD}, la prescription originale représente la prescription légale pour le patient. La pharmacie choisie par le patient est la seule à recevoir cette prescription pour distribution. La prescription originale ne sera pas réutilisée.

Signature du médecin :	Date : JOUR	MOIS	ANNÉE
------------------------	-------------	------	-------

RENSEIGNEMENTS POUR LA PRESCRIPTION DE CINQAIR^{MD} (RESLIZUMAB) À 100 mg/10 mL PAR FLACON

Perfuser 3 mg/kg par voie intraveineuse toutes les 4 semaines dans 50 mL de solution stérile de chlorure de sodium à 0,9 % pour injection, USP sur une période de 20 à 50 minutes.

Poids du patient en kg _____ X 3 mg = _____ mg à perfuser toutes les 4 semaines

Délivrer _____ flacons de 100 mg (100 mg/10 mL) Renouveler _____ fois

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ DE TEVA SUPPORT SOLUTIONS^{MD}

Teva Support Solutions^{MD} (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 par courriel ou par la poste, aux coordonnées fournies à la fin de cette politique.

Pourquoi avons-nous besoin de vos informations personnelles?

Afin de permettre à TSS de vous offrir les services dont vous avez besoin, vous reconnaissez qu'à l'occasion, nous pourrions solliciter des données personnelles, y compris des renseignements personnels sur la santé, 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 requises. 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 l'asthme et sur nos produits et services, par téléphone, SMS et courrier électronique.

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, par obligation légale et contractuelle, 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 communique avec vous par téléphone, par message texte 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 l'envoi de messages textes peuvent être utilisés au cours de votre participation au programme 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 l'envoi de messages textes ne sont des modes de communication sécurisés et qu'il serait possible pour un tiers d'accéder aux courriels et aux messages textes et de 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 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. Vos données 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 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 en nous aidant à atteindre cet objectif. Vous pouvez mettre à jour vos données en nous contactant sans frais par téléphone au 1-855-514-8382, 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^{MD}

1080, côte du Beaver Hall, bureau 1200, Montréal (Québec) H2Z 1S8
 TCI.PrivacyOfficer@tevapharm.com