

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT				☐ Personne à contacter en premier
Nom :		Prénom :		
Sexe : ☐ H ☐ F ☐ Autre	Date de naissance : AAAA MM JJ		Carte d'assurance maladie du patient :	
Adresse :	Ville :	Province :	Code postal :	
Téléphone cellulaire :	Autre numéro de téléphone :		Moment préférable pour vous joindre : ☐ Matin ☐ Après-midi	
Courriel :				
Moyen préférable pour vous joindre : ☐ Téléphone ☐ Courriel ☐ Texto		Langue préférée : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre :		
Couverture/régime d'assurance médicaments : ☐ Privé ☐ Public ☐ Inconnu ☐ Documents administratifs relatifs au régime d'assurance envoyés au payeur – Date de l'envoi : AAAA MM JJ				

RENSEIGNEMENTS SUR LE TUTEUR OU LE MANDATAIRE (S'IL Y A LIEU)			☐ Personne à contacter en premier
Nom :		Prénom :	
Courriel :			
Téléphone cellulaire :	Autre numéro de téléphone :		Moment préférable pour vous joindre : ☐ Matin ☐ Après-midi

ÉVALUATION CLINIQUE (REMARQUE : TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES)

- ☐ Patient âgé d'au moins 18 ans et ayant reçu un diagnostic de migraine (au moins 4 jours de migraine par mois)
☐ Enfant ou adolescent âgé d'au moins 6 ans ET pesant au moins 45 kg ayant reçu un diagnostic de migraine épisodique (moins de 15 jours de migraine par mois)
- Nombre moyen de jours de migraine _____ / Nombre de jours de maux de tête _____ éprouvés par mois en moyenne ☐ Chronique ☐ Épisodique
- Ce patient recevra-t-il un médicament de prévention en concomitance pour le traitement de la migraine? ☐ Non ☐ Oui – Nom(s) du (des) médicament(s) : _____
- Dans le tableau ci-dessous, inscrivez **tous** les médicaments de prévention ayant été utilisés avant AJOVY^{MD}.

Nom du médicament de prévention	Posologie et fréquence	Manque d'efficacité/Réponse insatisfaisante (Après au moins 3 mois de traitement)	Intolérance	Contre-indication	Date de début (AAAA-MM-JJ)	Date de fin (AAAA-MM-JJ)
		☐	☐	☐		
		☐	☐	☐		
		☐	☐	☐		
		☐	☐	☐		

Renseignements supplémentaires (veuillez décrire les intolérances ou indiquer les contre-indications aux traitements de prévention) :

ORDONNANCE DE MÉDICAMENT			
Ordonnance (posologie)	DOSE MENSUELLE Posologie pour adultes ou patients pédiatriques ☐ 225 mg par voie sous-cutanée, une fois par mois	DOSE TRIMESTRIELLE Posologie pour adultes seulement ☐ 675 mg par voie sous-cutanée, tous les trimestres (3 x 225 mg tous les 3 mois) : 3 injections consécutives par voie sous-cutanée	☐ Ordonnance originale ☐ Renouvellement
	Renouvellement : ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ Autre : _____ mois		

SECTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

J'autorise le programme de soutien aux patients Teva Support Solutions^{MD} d'AJOVY^{MD} (TSS AJOVY) à agir en qualité d'agent désigné afin de transmettre l'ordonnance indiquée sur ce formulaire par télécopieur ou par un autre moyen à la pharmacie choisie par le patient susmentionné. Cette ordonnance originale d'AJOVY^{MD} constitue une ordonnance légale rédigée pour le patient. La pharmacie choisie par le patient est la seule à recevoir ce document aux fins d'exécution d'ordonnance. L'ordonnance originale ne sera pas réutilisée.

Nom :		Prénom :	
Numéro de permis d'exercice :	Téléphone au bureau :	Télécopieur :	
Adresse/cachet de la clinique :			

X Signature : _____ **Date :** AAAA | MM | JJ

AJOVY^{MD} est indiqué pour :

- la prévention de la migraine chez les adultes qui ont des migraines pendant au moins 4 jours par mois;
- la prévention de la migraine épisodique (moins de 15 jours de migraine par mois) chez les patients pédiatriques âgés de 6 à 17 ans et pesant au moins 45 kg.

Veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00083585.PDF pour obtenir des renseignements importants sur les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les conditions d'usage clinique et la posologie qui n'ont pas été abordés dans ce document. Il est également possible d'obtenir la monographie de produit en nous appelant au 1-833-302-0121.

CONSENTEMENT DU PATIENT OU DU MANDATAIRE

Consentement et aptitude des patients pédiatriques

Je reconnais qu'il n'existe pas d'âge fixe de consentement pour les décisions en matière de santé au Canada et que le consentement doit être obtenu du patient si celui-ci est apte à prendre une décision éclairée concernant sa participation au programme de soutien aux patients Teva Support Solutions^{MD} d'AJOVY^{MD}.

- ☐ J'atteste que le patient **a été évalué et jugé apte à prendre une décision éclairée**, et qu'il donne son consentement en son propre nom.
- ☐ J'atteste que le patient **a été évalué et jugé inapte à prendre une décision éclairée**, et que je suis le parent du patient, son tuteur légal ou son mandataire légalement autorisé à consentir en son nom. Dans le cas où je donne le consentement à titre de mandataire, j'atteste agir dans l'intérêt du patient et, dans la mesure du possible, conformément aux volontés, aux valeurs ou aux croyances que le patient a exprimées antérieurement.

- ☐ 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.

J'atteste avoir lu et compris les modalités du consentement du patient et j'accepte la collecte, l'utilisation et la communication de 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 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.

X Signature du patient (si apte) ou du mandataire (si inapte) :

Relation avec le patient (si signature par un mandataire) :	☐ Consentement écrit	Date : AAAA MM JJ
Représentant légal (p. ex. parent, tuteur, autre) :		

X Signature du professionnel de la santé :

☐ Consentement écrit	Date : AAAA MM JJ
--	-----------------------

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS TEVA SUPPORT SOLUTIONS^{MD} D'AJOVY^{MD}

Le programme de soutien aux patients Teva Support Solutions^{MD} d'AJOVY^{MD} (TSS AJOVY) 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 courrier électronique ou postal aux coordonnées fournies à la fin de la présente politique.

Pourquoi avons-nous besoin de vos informations personnelles?

Afin de permettre à TSS AJOVY 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, votre pharmacien, votre assureur, votre payeur public ou tout autre fournisseur de soins de santé ou agent-payeur susceptibles de détenir les données nécessaires. 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 AJOVY), et dans la recherche, la mise au point et l'amélioration de nos produits et services. Les services offerts par TSS AJOVY 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 les migraines 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 AJOVY, par nos partenaires et agents autorisés et par les membres de notre personnel, qui sont tenus légalement et contractuellement 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 AJOVY 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 AJOVY 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 vous comprenez qu'il serait possible pour un tiers d'accéder aux courriels et aux textos pour prendre connaissance de leur contenu. Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à recevoir des communications électroniques 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 AJOVY.

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 AJOVY situés à l'intérieur et à l'extérieur du Canada, y compris au sein de l'Union européenne, en Israël ou aux États-Unis. 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 AJOVY doit traiter directement et exclusivement avec vous. Par conséquent, il n'est pas possible pour d'autres personnes de contacter TSS AJOVY 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 sans frais par téléphone au 1-833-302-0121 ou par courrier électronique à TSS@ajovycanada.ca. 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 AJOVY se réserve le droit de changer, de modifier ou d'amender la présente politique à tout moment et sans préavis, sauf en cas de changement important; le cas échéant, TSS AJOVY vous informera dans un délai raisonnable par téléphone, par courrier ou par courriel.

Responsable de la confidentialité au sein de Teva Support Solutions^{MD}

1080, côte du Beaver Hall, bureau 1200, Montréal (Québec) H2Z 1S8
PrivacyOfficerCanada@tevacanada.com

AJOVY^{MD} est une marque déposée de Teva Canada Limitée.

TEVA et cette version du concept de la marque sont des marques déposées de Teva Pharmaceutical Industries Ltd. et sont utilisées sous licence.

Teva Support Solutions^{MD} est une marque déposée de Teva Pharmaceutical Industries Ltd. et est utilisée sous licence.

© 2026 Teva Canada Innovation G.P. – S.E.N.C., Montréal (Québec) H2Z 1S8

MIG-CA-00392

Mars 2026

AJO26-LBH06B

