

**PROGRAMME D'ACCÈS TEMPORAIRE À AKYNZEO**

Toute aide est fournie cas par cas; il n'y a aucun engagement implicite de continuer à fournir le produit de façon prolongé à un patient en particulier. Les produits fournis dans le cadre de ce programme ne doivent pas être utilisés pour la vente, la revente, l'échange, le troc ou le retour pour crédit. Il est interdit de facturer aux assureurs publics ou privés les produits fournis dans le cadre de ce programme.

Veuillez remplir ce formulaire et l'envoyer par télécopieur au **514-484-4831** ou par courriel à l'adresse **medinfo@knighttx.com** avec l'ordonnance.

**INFORMATION REQUISE**

**1. SÉLECTIONNER LA QUANTITÉ DE BOÎTES**

Akynzeo® Nétupitant 300 mg / palonosétron 0.5 mg par capsule

QTY:

Maximum de 6 boîtes par patient. Une (1) boîte contient une capsule pour un traitement.

**2. QUEL EST LA RAISON DE L'UTILISATION**

Prévention des NVPC     Autre: \_\_\_\_\_

**3. NOM DU PRESCRIPTEUR** \_\_\_\_\_ **COURRIEL** \_\_\_\_\_

**4. INFORMATION POUR LA LIVRAISON: Indiquer si c'est à la clinique ou la pharmacie**

Nom de la clinique ou pharmacie \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville, Province, Code Postal \_\_\_\_\_

Lors de la livraison, SVP informer :  Patient     Professionnel de la santé (PSS)

Nom du patient \_\_\_\_\_ Instruction pour la livraison \_\_\_\_\_

**5. SVP consentir ci-bas**

J'atteste qu'à ma connaissance et après m'être dûment renseigné, le patient pour lequel ce produit est destiné a des moyens financiers limités et ne bénéficie pas d'une couverture des médicaments sur ordonnance par une assurance publique ou privée ou d'autres programmes.

Je suis un professionnel de la santé habilité et autorisé à prescrire ou à délivrer ce produit.

Je consens à ce que les informations personnelles fournies dans le présent formulaire, nécessaires pour fournir au patient le programme de soutien, soient collectées, traitées et stockées dans la base de données de Knight, située au Canada, et que seuls les employés de Knight y aient accès sur la base du besoin de savoir. Knight prendra les mesures appropriées pour conserver ces informations.

Le patient a donné son accord verbal pour que les informations ci-dessus soient communiquées à toutes les parties impliquées dans la livraison du produit et a reçu des instructions claires sur la manière de se retirer du programme à tout moment.

PSS qui collecte le consentement: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_