

**1. Informations sur le patient**

Nom : (prénom, nom de famille)			
Date de naissance : (jj/mmm/aaaa)		Sexe :	
Numéro de dossier médical :		Langue :	
Courriel du patient :			
Adresse :		Ville :	Province : Code postal :
N° de téléphone : (maison)		Peut-on laisser un message? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
N° de téléphone : (cellulaire)		Peut-on laisser un message? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
Contacter de préférence : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Proche aidant		Heure de contact préférée :	
Nom du proche aidant : (prénom, nom de famille)			
N° de téléphone du proche aidant :		Peut-on laisser un message? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
Relation avec le patient :			
Allergies:			

**2. Informations sur les assurances**
**Couverture publique des médicaments**

N° de carte de santé :	Type de couverture :
Approbation d'autorisation spéciale provinciale (voir ci-joint) : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	

**Couverture privée des médicaments**

Régime privé d'assurance-médicaments : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N % couvert : _____	Date de soumission : (jj/mmm/aaaa)
Assureur privé :	Autorisation préalable soumise? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Nom du titulaire de la police : (prénom, nom de famille)	
Date de naissance du titulaire de la police : (jj/mmm/aaaa)	
N° de police/participant :	Relation avec le patient :
N° d'assureur :	N° de groupe/contrat :
Carte(s) d'assurance privée scannée(s) jointe(s) (facultatif) : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
Plafond du régime :	
Notes:	

**3. Informations médicales**

Infirmier clinique / IAM :	Pharmacien :
Téléphone :	Téléphone :
Fax :	Fax :
Courriel :	Courriel :
Diagnostic médical :	
MSTP / liste des médicaments jointe : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Services de rappel du pharmacien demandés : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Notes / autres considérations :	

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : (jj/mmm/aaaa) \_\_\_\_\_

**4. Ordonnance [à remplir par le médecin/pharmacien]**
 **Abiratérone (Zytiga)**       **Moniteur de tension artérielle**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Prednisonne**       **Dexaméthasone**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Anastrozole (Arimidex)**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Capécitabine (Xeloda)**
 Ordonnance jointe ou envoyée ultérieurement

 **Dasatinib (Sprycel)**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Déférasirox (suspension orale) (Exjade)**
 **Déférasirox (type J) (Jadenu)**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Eltrombopag (Revolade)**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Erlotinib (Tarceva)**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Évérolimus (Afinitor)**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Exémestane (Aromasin)**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Fulvestrant (Faslodex)**
 Ordonnance jointe ou envoyée ultérieurement

 **Grastofil (filgrastim)**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Géfitinib (Iressa)**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Imatinib (Gleevec)**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Lapelga (pegfilgrastim)**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Létrozole (Femara)**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Pazopanib (Votrient)**       **Moniteur de tension artérielle**

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

 **Sunitinib (Sutent)**       **Moniteur de tension artérielle**
 Ordonnance jointe ou envoyée ultérieurement

 **Témozolomide (Temodal)**
 Ordonnance jointe ou envoyée ultérieurement

 **Autre nom de médicament :** \_\_\_\_\_

 Dosage : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Renouvellements : \_\_\_\_\_  
 SIG: \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

N° de permis d'exercice : \_\_\_\_\_

Date : (jj/mmm/aaaa) \_\_\_\_\_

 Signez ici 

Nom du médecin (en lettres majuscules) : \_\_\_\_\_

Adresse du médecin : \_\_\_\_\_

 Lieu de livraison :  Clinique  Maison  Autre : \_\_\_\_\_

Date de début du traitement (si connue) : \_\_\_\_\_

 **VEUILLEZ COCHER ICI SI L'ORDONNANCE SERA ENVOYÉE SÉPARÉMENT**

**Autorisation de divulguer des informations sur la santé dans le cadre du Programme Haven**

Veuillez lire et accepter les présentes conditions (« l'Accord ») afin de vous inscrire au Programme Haven (le « Programme »).

Je comprends et j'accepte ce qui suit :

Le Programme Haven est fourni par Sentrex Health Solutions inc., ses filiales, ses sociétés affiliées et leurs sous-traitants respectifs (collectivement, « Sentrex »). Il offre des services de soutien aux patients qui peuvent inclure, le cas échéant, des services pharmaceutiques et une aide au remboursement auprès des assurances. Sentrex se réserve le droit de modifier ou de mettre fin au Programme Haven à tout moment sans préavis.

Sentrex s'engage à protéger la confidentialité et les informations médicales des patients, y compris, sans s'y limiter, leurs renseignements personnels (nom, adresse, coordonnées, date de naissance, informations financières) et les renseignements sur leur santé (antécédents médicaux, problèmes de santé, assurance-maladie) (collectivement, les « Renseignements personnels ») conformément à toutes les lois applicables, y compris aux termes définis par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (Canada) et la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (Ontario).

Mon fournisseur de soins de santé m'a prescrit les médicaments identifiés ci-dessus (les « Produits ») et m'a orienté vers ce Programme. J'ai discuté des avantages et des risques liés à l'utilisation de ces Produits avec mon fournisseur de soins de santé. Je ne compte pas sur le Programme pour obtenir des conseils ou diagnostics médicaux, et j'ai décidé de commencer un traitement avec ces Produits. Je souhaite m'inscrire au Programme pour recevoir des services en rapport avec ces Produits. En signant ci-dessous, je reconnais, comprends et accepte ce qui suit :

Par le biais de ce Programme, de questionnaires, de questions d'entrevue ou d'autres procédés de collecte d'informations, électroniques ou autres, Sentrex peut employer, recueillir, utiliser, divulguer ou stocker (collectivement, « l'Utilisation ») mes Renseignements personnels dans le but de fournir des services, de superviser le Programme, de signaler des événements indésirables, d'améliorer le Programme, et de modifier et améliorer ses produits et services de façon plus générale, ou comme l'exige la loi applicable. Mes Renseignements personnels peuvent être recueillis auprès de mes médecins, mes infirmiers, mes pharmaciens, mes assureurs et d'autres professionnels, ou divulgués à ces personnes, dans le cadre de la prestation des services. À condition que mon nom et d'autres détails permettant de m'identifier soient supprimés, je consens également à la divulgation et au partage de mes Renseignements personnels au sein de Sentrex et avec des tiers et des autorités gouvernementales, y compris par voie de publication générale. De plus, le Programme peut me contacter par téléphone ou par courriel en utilisant les coordonnées que j'ai fournies ci-dessus, et je serai responsable des frais de télécommunication qui en découlent.

En signant ce document, je consens à ce qu'un représentant du Programme Haven de Sentrex m'inscrive à un programme de soutien aux patients pouvant être géré par un fournisseur tiers, dans le cadre duquel mes informations personnelles et médicales pourraient être partagées en vue d'aider à couvrir les produits ou services qui m'ont été prescrits.

Mon assureur peut divulguer au Programme les informations relatives à mon régime d'assurance et je consens à ce que le Programme utilise ces renseignements afin de vérifier ma couverture et d'organiser le remboursement des Produits.

Ma participation à ce Programme est volontaire, et je peux retirer ce consentement à tout moment en appelant le Programme au 1-866-352-3211. Je comprends en outre que le retrait de mon consentement mettra fin à l'Utilisation de mes renseignements personnels de santé par le Programme et entraînera la fin de ma participation au Programme et de mon utilisation des services.

Je reconnais que la collecte, l'utilisation, la divulgation et le stockage de mes Renseignements personnels, ainsi que mon consentement donné aux présentes, sont assujettis et conformes à la Politique de protection des renseignements personnels électroniques de Sentrex, qui peut être consultée sur <http://sentrex.com/> (la « Politique de protection des renseignements personnels »). Je reconnais avoir lu la Politique de protection des renseignements personnels et les dispositions du présent formulaire d'inscription, et les avoir comprises dans leur intégralité. Je reconnais également avoir reçu les coordonnées suivantes si j'ai des questions concernant le contenu de ce formulaire de consentement et d'autorisation ou la Politique de protection des renseignements personnels, ou si je souhaite retirer mon consentement conformément à la Politique de protection des renseignements personnels : Sentrex Health Solutions, Responsable de la protection des renseignements personnels, 120 Valleywood Dr., Markham, ON L3R 6A7, Courriel : [privacy@sentrex.com](mailto:privacy@sentrex.com)

- J'ai posé toutes mes questions sur les détails de mon traitement.
- J'ai donné accès à mes renseignements personnels et je consens à ce que la pharmacie puisse communiquer avec mon médecin au sujet de ma santé si nécessaire.
- Je consens à ce que la pharmacie communique avec mon assureur pour toute demande de remboursement me concernant. On m'a proposé l'option d'utiliser ma propre pharmacie.
- Je consens librement et pleinement à ce que cette ordonnance soit remplie par la pharmacie de Sentrex ayant une entente administrative avec la clinique.

J'ai lu le présent formulaire, y compris la partie sur le consentement, ou il m'a été lu. J'accepte d'être inscrit au Programme Haven et j'autorise l'utilisation et la divulgation de mes informations comme le présent formulaire le décrit.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient (ou du représentant légal du patient)

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mmm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nom du patient (ou du représentant légal du patient)  
en lettres majuscules

\_\_\_\_\_  
Relation du représentant légal avec le patient

Consentement verbal obtenu

\_\_\_\_\_  
Par qui

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mmm/aaaa)