

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	
Courriel du proche aidant :			
Allergies:			

2. Informations sur les assurances
Couverture publique des médicaments

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

Couverture privée des médicaments

Régime privé d'assurance-médicaments : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N % couvert : _____	Régime d'assurance secondaire : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Autorisation préalable soumise? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Assureur privé :
Nom du titulaire de la police : (prénom, nom de famille)	
Date de naissance du titulaire de la police : (dd/mmm/yyyy)	
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	
Notes:	

3. Informations médicales

Diagnostic médical :	
Infirmier clinique / intervenant d'accès aux médicaments :	
Téléphone :	Fax :
Courriel :	
MSTP / bilan comparatif des médicaments joint : <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
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Moniteur de tension artérielle
 Fulvestrant
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Prednisone
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Géfitinib
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Anastrozole
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Imatinib
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Capécitabine
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Lénalidomide
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Dasatinib
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Létrozole
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Déférasirox (suspension orale)
 Déférasirox (type J)
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Pazopanib
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Erlotinib
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Sunitinib
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Évérolimus
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Témozolomide
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 Exémestane
 Dosage : _____ Quantité : _____ Renouvellements : _____
 SIG: _____

 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 : _____

 VEUILLEZ COCHER ICI SI L'ORDONNANCE SERA ENVOYÉE SÉPARÉMENT

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

Le Programme oasis est fourni par Sentrex Health Solutions inc., ses filiales, ses partenaires 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 oasis 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 certains médicaments tels qu'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 oasis 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 1-866-283-3211. Je comprends en outre que le retrait de mon consentement mettra fin à l'Utilisation de mes Renseignements médicaux personnels 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 à <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, Agent de protection des renseignements personnels, 3-250 Shields Court, Markham, Ontario, L3R 9W7. Courriel : info@sentrex.com.

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)