

**Ce formulaire ne peut pas être accepté afin d'être traité dans notre système sans le consentement du médecin ET du patient.**

**Veillez remplir TOUS les champs et soumettre le formulaire par télécopieur ou par courriel.**

Pour toutes questions, veuillez téléphoner au 1 855 635-2372, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HE).

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR LA PATIENTE

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Sexe :  F  
Adresse au domicile \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_  
Assurance :  Privée  Aucune  Inconnue Autorisation de laisser un message vocal :  Oui  Non  
Allergies \_\_\_\_\_ Meilleur moment pour rejoindre :  Matin  Après-midi  Soir

## 2. ADMISSIBILITÉ DE LA PATIENTE

- Je confirme par la présente que la patiente :
- est âgée d'au moins 18 ans et a reçu une ordonnance pour NERLYNX<sup>MD</sup> à titre de traitement adjuvant prolongé;
  - présente un cancer du sein au stade précoce à récepteurs hormonaux positifs avec surexpression/amplification de HER2;
  - a terminé un traitement adjuvant à base de trastuzumab dans les 12 derniers mois.

- OU**  Je confirme par la présente que la patiente :
- est âgée d'au moins 18 ans et a reçu une ordonnance pour NERLYNX<sup>MD</sup> en association avec la capécitabine;
  - présente un cancer du sein métastatique avec surexpression/amplification de HER2;
  - a reçu au moins 2 schémas thérapeutiques anti-HER2 dans le cadre du traitement d'un cancer métastatique.

## 3. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom \_\_\_\_\_ Personne-ressource au bureau \_\_\_\_\_  
Adresse du bureau \_\_\_\_\_ Courriel au bureau \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ N° de tél. au bureau \_\_\_\_\_ N° de téléc. au bureau \_\_\_\_\_

## 4. AUTORISATION DU MÉDECIN TRAITANT

En apposant ma signature ci-dessous, je confirme : (1) que le traitement prescrit est médicalement nécessaire et dans l'intérêt de la Patiente identifiée ci-dessus; (2) que je suis le médecin traitant de la Patiente et que celui-ci s'est fait prescrire NERLYNX<sup>MD</sup> conformément à la monographie canadienne du produit; (3) que je respecterai les exigences provinciales en matière de prescription et que je comprends que le non-respect de ces exigences pourrait entraîner une intervention de la pharmacie spécialisée de la Patiente. J'autorise le programme de soutien aux Patientes NERLYNX<sup>MD</sup> à être mon agent désigné pour acheminer cette ordonnance par télécopieur ou par un autre mode de transmission à une pharmacie du réseau de soutien de la Patiente. Cette ordonnance représente la prescription originale du traitement. J'accepte que mes coordonnées soient transmises à Knight et que l'entreprise communique avec moi pour soutenir les soins à la Patiente. De plus, je comprends et conviens (a) que tout médicament ou service fourni par l'intermédiaire du programme après la soumission de ce formulaire est exclusivement destiné à la Patiente identifiée et ne peut être délivré en échange de toute entente ou interprétation expresse ou implicite selon laquelle je recommanderais, prescrirais ou utiliserais des médicaments de Knight ou tout autre produit ou service de Knight pour toute autre personne; (b) que ma décision de prescrire des médicaments de Knight se fonde uniquement sur mon évaluation professionnelle de la nécessité médicale; et (c) que je ne ferai pas de demande de remboursement de tout médicament ou service fourni par l'intermédiaire du programme auprès d'un programme gouvernemental ou d'un assureur tiers. Je comprends que Knight peut modifier ou interrompre le programme à tout moment, et ce, sans avis. La responsabilité de remplir et de soumettre la documentation liée à la couverture ou au remboursement incombe à la Patiente et au fournisseur de soins de santé. Knight n'émet aucune recommandation et n'offre aucune garantie quant à la couverture ou au remboursement de tout produit ou service.

Signature du médecin traitant \_\_\_\_\_ Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

## 5. PRESCRIPTION/ORDONNANCE

### Augmentation de la dose pour la prophylaxie anti-diarrhéique

- NERLYNX<sup>MD</sup> (nératinib)  
 Cancer du sein au stade précoce  Cancer du sein métastatique

#### Recommandé :

120 mg (3 comprimés de 40 mg) par voie orale 1X/jour, jours 1 à 7  
160 mg (4 comprimés de 40 mg) par voie orale 1X/jour, jours 8 à 14  
240 mg (6 comprimés de 40 mg) par voie orale 1X/jour, jours 15 et suivants  
Délivrer des comprimés pour 1 mois.  
Renouvellements (240 mg 1X/jour) : \_\_\_\_\_ mois

#### Lopéramide

En cas de diarrhée avec l'augmentation de la dose, un traitement par le lopéramide à 4 mg doit être instauré au plus tard dès le premier épisode de diarrhée et poursuivi par le lopéramide à 2 mg après chaque selle molle subséquente, sans dépasser 16 mg par jour, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de diarrhée pendant 12 heures. Par la suite, ajuster la dose de lopéramide pour maintenir la diarrhée sous contrôle (1-2 selles par jour).

#### Recommandé :

4 mg (2 comprimés de 2 mg) par voie orale dès le premier épisode de diarrhée  
2 mg par voie orale après chaque selle molle subséquente, max. 16 mg/jour  
Quantité : 100 Répéter \_\_\_\_\_

### Cancer du sein au stade précoce

- NERLYNX<sup>MD</sup> (nératinib)

#### Recommandé :

240 mg (6 comprimés de 40 mg) par voie orale 1X/jour  
Délivrer des comprimés pour 1 mois.  
Renouvellements : \_\_\_\_\_ mois

#### Prophylaxie par le lopéramide

Une prophylaxie anti-diarrhéique est recommandée pendant les 56 premiers jours de traitement et doit être instaurée avec la première dose de NERLYNX<sup>MD</sup>. Ajuster la dose pour atteindre 1 ou 2 selles par jour.

#### Recommandé :

4 mg (2 comprimés de 2 mg) par voie orale 3X/jour, jours 1 à 14  
4 mg (2 comprimés de 2 mg) par voie orale 2X/jour, jours 15 à 56  
4 mg (2 comprimés de 2 mg) par voie orale au besoin (max. 16 mg/jour), jours 57 et suivants  
Quantité : 200 Répéter \_\_\_\_\_

### Cancer du sein métastatique

- NERLYNX<sup>MD</sup> (nératinib)

En association avec la capécitabine administrée les jours 1 à 14 d'un cycle de 21 jours, jusqu'à la progression de la maladie ou l'apparition d'une toxicité inacceptable.

#### Recommandé :

240 mg (6 comprimés de 40 mg) par voie orale 1X/jour, jours 1 à 21  
Délivrer des comprimés pour 1 cycle (21 jours).  
Renouvellements : \_\_\_\_\_ cycles

#### Prophylaxie par le lopéramide

Une prophylaxie anti-diarrhéique est recommandée pendant les 56 premiers jours de traitement et doit être instaurée avec la première dose de NERLYNX<sup>MD</sup>. Ajuster la dose pour atteindre 1 ou 2 selles par jour.

#### Recommandé :

4 mg (2 comprimés de 2 mg) par voie orale 3X/jour, jours 1 à 14  
4 mg (2 comprimés de 2 mg) par voie orale 2X/jour, jours 15 à 56  
4 mg (2 comprimés de 2 mg) par voie orale au besoin (max. 16 mg/jour), jours 57 et suivants  
Quantité : 200 Répéter \_\_\_\_\_

Ordonnance jointe Date de début prévue : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAA)

Signature du médecin traitant \_\_\_\_\_ Numéro de permis \_\_\_\_\_ Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

## Consentement relatif à la vie privée

En apposant ma signature ci-dessous, j'autorise mon ou mes médecins traitants, fournisseurs de soins de santé et leurs employés à utiliser et à divulguer mes renseignements (y compris, sans s'y limiter, mon nom, adresse, numéro de téléphone, courriel, sexe et numéro de police d'assurance) et l'information sur ma maladie (y compris, sans s'y limiter, mon diagnostic ou mes médicaments) (collectivement, mes « renseignements personnels ») à Thérapeutique Knight inc. et à ses filiales (« Knight »), ainsi qu'à ses représentants, agents et contractants, y compris, sans s'y limiter, Bayshore Specialty Rx Ltd (« Bayshore »), qui sont recueillis dans la documentation du programme de soutien aux Patientes NERLYNX<sup>MD</sup> (le « programme »).

Mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et divulgués aux fins suivantes : (i) évaluer mon admissibilité au programme; (ii) permettre et faciliter ma participation au programme et l'atteinte des objectifs du programme; (iii) communiquer avec mes fournisseurs de soins de santé à propos de mon traitement ou de ma maladie et à propos des produits qui y sont liés; (iv) traiter, le cas échéant, les résultats de laboratoire en lien avec mon traitement; (v) fournir des services de soutien, y compris l'éducation de la Patiente; et (vi) effectuer les demandes de remboursement auprès des assureurs (collectivement, les « objectifs »).

Pour ma propre reconnaissance éclairée des faits, Bayshore a été désignée par Knight pour gérer la collecte et le traitement de mes renseignements personnels dans le cadre du programme. Sauf en cas d'exigences et d'obligations juridiques décrites dans le présent document, Knight n'aura pas accès à mes renseignements personnels, mais à des données regroupées rendues non identifiables. Knight a conclu une entente pour assurer que Bayshore offre un niveau élevé de protection des renseignements personnels et soit tenu responsable de la sécurité de mes renseignements personnels. Bayshore n'est pas autorisé à recueillir, à utiliser ou à divulguer ces renseignements personnels sauf si cela est nécessaire pour fournir des services liés aux objectifs du programme ou respecter des exigences d'ordre légal.

Mes renseignements personnels ne seront pas transmis, divulgués ou transférés à Knight. Knight recevra seulement des rapports de Bayshore décrivant les données regroupées et anonymes recueillies dans le cadre du programme. Plus précisément, je comprends que les données statistiques tirées du programme seront regroupées et rendues anonymes lorsqu'elles seront transmises à Knight, aux fournisseurs de soins de santé et aux autres tierces parties, comme la situation peut l'exiger.

## Consentement relatif au matériel promotionnel

En cochant cette case, j'autorise également Knight à m'envoyer de l'information promotionnelle ou à m'offrir des produits et des services liés à mon traitement ou à ma maladie (ou d'autres produits ou services susceptibles de m'intéresser) et à me contacter à l'occasion pour obtenir de la rétroaction (uniquement à des fins d'étude de marché) au sujet de mon traitement, de ma maladie ou de mon expérience au sein du programme et/ou avec Knight ou autres, lorsque la loi l'exige ou le permet.

## Consentement de la Patiente

Je comprends que le fait de remplir le présent formulaire ne garantit pas mon adhésion au programme. Je confirme que les renseignements indiqués dans le présent formulaire d'inscription sont complets et exacts. Ma décision de signer le présent formulaire n'aura pas d'incidence sur le traitement que je reçois de tout professionnel de la santé ou entité participant à mes soins ou à ma couverture.

Je reconnais que la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements figurant dans le présent document peuvent impliquer un transfert de renseignements à des administrations hors de mon pays de résidence, qui peuvent ne pas avoir de lois ou de règlements équivalents en matière de vie privée. Je comprends que Knight peut prendre des mesures contractuelles raisonnables pour protéger mes renseignements personnels pendant qu'ils sont traités et manipulés par toute tierce partie, qui sont sujettes aux exigences juridiques étrangères applicables, par exemple, des exigences juridiques concernant la divulgation de mes renseignements personnels aux autorités gouvernementales des pays hôtes.

Sauf là où les lois applicables l'interdisent, je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps en communiquant avec le programme au 1 855 635-2372. Je peux par ailleurs obtenir une copie du présent formulaire et/ou corriger/mettre à jour tout renseignement qui y figure en communiquant avec le programme au 1 855 635-2372. Je comprends que le retrait de mon consentement mettra fin à mon adhésion au programme, mais qu'il ne sera pas rétroactif et que toute activité liée à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et/ou au stockage de mes renseignements personnels précédant mon retrait n'en sera pas perturbée.

À moins de dispositions contraires spécifiées par la loi provinciale, ou à moins que je l'annule avant son échéance, le présent formulaire est valide pour la plus longue de ces périodes : (a) la durée restante de ce traitement, ou (b) 10 ans après la date de signature indiquée ci-dessous.

## 6. CONSENTEMENT DE LA PATIENTE

J'ai lu et compris le **Consentement de la Patiente et les renseignements sur la vie privée** imprimés ci-dessus et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels et mes renseignements de santé selon les modalités énoncées.

Signature de la Patiente



Date (JJ/MMM/AAAA)

NERLYNX<sup>MD</sup> est indiqué :

- pour le traitement adjuvant prolongé des femmes atteintes d'un cancer du sein au stade précoce à récepteurs hormonaux positifs avec surexpression/amplification de HER2 dans l'année suivant la fin d'un traitement adjuvant à base de trastuzumab;
- en association avec la capécitabine, pour le traitement des patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique et avec surexpression/amplification de HER2, ayant déjà reçu au moins deux schémas thérapeutiques anti-HER2 dans le cadre du traitement d'un cancer métastatique.

### Pour de plus amples renseignements :

Consultez la monographie du produit sur le site [produits-sante.canada.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp](http://produits-sante.canada.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp) pour obtenir des renseignements importants concernant les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, les directives posologiques et les conditions d'utilisation clinique qui n'ont pas été mentionnés dans ce document. La monographie du produit est également disponible sur demande en téléphonant au 1 844 483-5636.

NERLYNX<sup>MD</sup> est une marque déposée de Puma Biotechnology, Inc., utilisée sous licence par Thérapeutique Knight inc.  
© 2021 Thérapeutique Knight Inc. Tous droits réservés.

