



## RENSEIGNEMENTS SUR LA PATIENTE

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Homme  Femme  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone pour me joindre : \_\_\_\_\_  
 J'autorise le programme à me laisser un message  
 J'autorise le programme à me laisser un message  
Meilleur moment de la journée pour m'appeler :  EN MATINÉE  
Courriel (facultatif) : \_\_\_\_\_  EN APRÈS-MIDI  
Langue de préférence : \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT DE LA PATIENTE

Voir les renseignements complets sur le consentement de la patiente et sur la confidentialité qui figurent au verso du formulaire.

**VEUILLEZ VOUS ASSURER DE LIRE ET DE BIEN COMPRENDRE CES RENSEIGNEMENTS.**

J'ai lu et compris les renseignements sur le consentement de la patiente et je consens à ce que mes renseignements personnels soient recueillis, utilisés et divulgués de la façon qui y est décrite.

Nom de la patiente ou du représentant légal : \_\_\_\_\_  
Lien avec la patiente : \_\_\_\_\_  
Signature de la patiente : \_\_\_\_\_  
Date: [MM/DD/YYYY] \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR

Nom du médecin prescripteur : \_\_\_\_\_  
Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_  
Courriel (facultatif) : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
Personne-ressource à la clinique ou coordonnateur de l'accès au médicament : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (si différent) : \_\_\_\_\_  
Numéro de télécopieur (si différent) : \_\_\_\_\_  
Courriel (facultatif) : \_\_\_\_\_  
Mode de communication privilégié :  
 Téléphone  Télécopieur  Courriel

Les administrateurs du programme communiqueront avec vous pour obtenir plus de renseignements sur les traitements antérieurs afin de vous aider dans le processus de remboursement.

RENSEIGNEMENTS POSOLOGIQUES SUR VERZENIO<sup>MC</sup>

Nouvelle ordonnance  Renouvellement d'ordonnance

**Veillez sélectionner les renseignements posologiques qui s'appliquent pour les patientes atteintes d'un cancer du sein avancé ou métastatique RH positif et HER2 négatif**

- en association avec un inhibiteur de l'aromatase comme endocrinothérapie initiale chez les femmes ménopausées\*  
 en association avec le fulvestrant chez les femmes lorsque la maladie évolue après une endocrinothérapie. Les femmes en préménopause ou en périménopause doivent aussi être traitées par un agoniste de la gonadolibérine (GnRH)\*  
 en monothérapie chez les femmes en cas d'évolution de la maladie après une endocrinothérapie et au moins deux chimiothérapies antérieures, dont au moins une à base de taxane. Par ailleurs, l'une de ces chimiothérapies doit avoir été administrée dans un contexte métastatique

Comprimés de 200 mg pris 2 fois par jour par voie orale  Comprimés de 100 mg pris 2 fois par jour par voie orale

Comprimés de 150 mg pris 2 fois par jour par voie orale  Comprimés de 50 mg pris 2 fois par jour par voie orale

Autre : \_\_\_\_\_

Quantité à fournir :  28 jours Renouvellements : \_\_\_\_\_

J'accepte de commencer le traitement par Verzenio

à ce moment :  Oui  Non

Demande d'agent antidiarrhéique : \_\_\_\_\_

Faire parvenir de la lopéramide à la patiente – 100 comprimés de 2 mg de la manière indiquée

Est-ce que ce patient est intolérant ou est contre-indiqué envers d'autres inhibiteurs CDK4/6 disponibles ?\*\* (si applicable)  Oui  Non

## AUTORISATION DU PRESCRIPTEUR

Le présent document constitue une ordonnance légale rédigée pour la patiente dont le nom figure ci-dessus. Il correspond à l'ordonnance originale. Le choix de la patiente quant au médicament a été pris en considération et reconnu avant la délivrance du médicament. La copie d'origine de la présente ordonnance et du présent formulaire d'inscription sera conservée dans nos dossiers et ne sera pas réutilisée. Je certifie que l'utilisation de Verzenio chez cette patiente se fonde sur mon processus décisionnel clinique et que j'ai passé en revue la monographie de Verzenio et informé la patiente (ou son représentant légal) des bienfaits et des risques potentiels qui sont associés à son utilisation. Je consens à ce que des représentants d'Eli Lilly (Lilly) ou ses tiers fournisseurs communiquent avec moi au sujet de la patiente, de Verzenio, du programme et des plaintes ou des effets indésirables liés au produit signalés par la patiente. Je consens à ce que les renseignements posologiques fournis dans le cadre du programme soient utilisés afin d'administrer le programme et d'en surveiller le déroulement, de tenir informés les représentants de Lilly avec qui j'interagis quant à mon utilisation du programme (tout en préservant l'anonymat de la patiente) ainsi que d'évaluer et de montrer l'efficacité du programme.

Cocher ici afin de signifier l'obtention du consentement verbal de la patiente si cette dernière n'a pas signé ci-dessus.

**X Signature du prescripteur :** \_\_\_\_\_

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

Veillez consulter la monographie du produit au <http://pi.lilly.com/ca/fr/verzenio-ca-pm-fr.pdf> pour obtenir des renseignements importants sur les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'usage clinique. Il est aussi possible d'obtenir la monographie du produit en composant le 1-888-545-5972.

\* Consulter la monographie de l'inhibiteur de l'aromatase en question ou celle du fulvestrant pour obtenir les directives posologiques complètes.

\*\*N'est pas un condition d'éligibilité nécessaire



## POUR LES PATIENTES À QUI VERZENIO<sup>MC</sup> A ÉTÉ PRESCRIT

### CE PROGRAMME COMPREND :

- l'exploration des options de remboursement;
- une aide financière;
- d'autres services de soutien et d'éducation.

Numéro de télécopieur du programme :

**1-844-503-7749**

Envoyez le formulaire par courriel à :

**Oncology@LillyPlus.ca**

Numéro de téléphone du programme :

**1-855-545-5922**

## CONSENTEMENT DE LA PATIENTE ET CONFIDENTIALITÉ

Dans cette page, les mots « vous », « votre » et « vos » font référence à la patiente ou, selon le cas, au parent ou au représentant légal de la patiente qui s'inscrit au nom de la patiente au programme de soutien aux patients LillyPlus (le « programme »). Le mot « représentant » signifie un employé, un agent ou un entrepreneur, et « Lilly » renvoie à Eli Lilly Canada Inc.

Vos renseignements seront recueillis, utilisés et conservés de la façon décrite ci-dessous et conformément à l'énoncé de confidentialité de Lilly. Vous pouvez obtenir une copie de l'énoncé de confidentialité de Lilly en communiquant avec le chef de la protection de la vie privée d'Eli Lilly Canada Inc. au 3650, avenue Danforth, Toronto (Ontario) M1N 2E8. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez composer le 1-888-545-5972.

### Renseignements personnels : collecte, utilisation et conservation

Afin de participer au programme, vous aurez peut-être à fournir des renseignements personnels aux représentants de Lilly ou à ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients, notamment :

- vos coordonnées;
- vos renseignements médicaux personnels;
- des renseignements relatifs à la couverture d'assurance;
- des renseignements financiers.

Ces renseignements seront recueillis, utilisés et divulgués par Lilly afin de vous offrir les services du programme; il est possible qu'ils soient transmis :

- à des filiales de Lilly;
- aux représentants de Lilly et de ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients qui ont accepté de se conformer aux politiques de Lilly en matière de confidentialité;
- à vos assureurs publics et privés;
- à vos professionnels de la santé, qui peuvent transmettre ces renseignements à vos assureurs.

Tous les renseignements personnels recueillis dans le cadre du programme seront :

- conservés conformément à la législation, à la réglementation et aux directives applicables et en accord avec l'énoncé de confidentialité de Lilly;
- protégés par des moyens matériels, administratifs et techniques adéquats
- contre la perte et le vol et contre toute consultation, communication, reproduction, utilisation ou modification non autorisées. Ces moyens de protection s'appliqueront, quel que soit le format dans lequel vos renseignements sont conservés;
- conservés dans un format permettant l'identification personnelle seulement pendant la période nécessaire aux fins décrites ci-dessous.

**En communiquant votre adresse électronique et en vous inscrivant au programme, vous consentez à ce que vos renseignements personnels soient transmis par l'intermédiaire de courriels non sécurisés entre les administrateurs du programme, votre assureur et vos fournisseurs de soins de santé dans le but d'établir votre admissibilité au programme, de mener des activités liées au programme et d'assurer la prestation des services liés au programme. Vous reconnaissez que le courriel n'est pas un mode de communication sécuritaire et que vous pouvez retirer votre consentement en tout temps.**

Vos renseignements personnels peuvent être transmis, conservés ou traités à l'extérieur du Canada, notamment aux États-Unis, où les lois en vigueur s'appliqueront.

## Innocuité des médicaments

Lilly a l'obligation légale de signaler tout événement indésirable lié à un médicament à Santé Canada et de surveiller les plaintes liées aux produits. Si vous présentez un événement indésirable ou si vous avez une plainte à formuler concernant un produit, Lilly et ses représentants utiliseront et signaleront vos renseignements à ces fins. Il est possible que Lilly communique avec vous ou avec votre médecin pour obtenir davantage de renseignements afin de s'acquitter de ces obligations.

## Le programme

En vous inscrivant au programme, vous autorisez les représentants de Lilly et ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients à recueillir, utiliser et divulguer vos renseignements personnels afin de vous offrir les services suivants :

- Donner de l'information sur le produit et la maladie.
- Communiquer les données nouvelles sur le produit et la maladie.
- Fournir des services pour favoriser l'observance et le suivi.
- Demander un remboursement du coût, en tout ou en partie, de votre traitement par Verzenio, tout en sachant que le remboursement n'est pas garanti. Il est possible qu'ils communiquent avec votre médecin afin d'obtenir des renseignements supplémentaires, au besoin, qui serviront à remplir votre demande de remboursement.
- Consulter votre dossier médical afin de vous offrir les services du programme.
- Utiliser vos renseignements de façon anonyme afin d'administrer le programme et d'en surveiller le déroulement, d'évaluer et de montrer son efficacité et de réaliser des études et des analyses basées sur l'économie de la santé et les résultats, et à d'autres fins commerciales.

Il est possible que des représentants de Lilly ou ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients communiquent avec vous, notamment pour :

- vous offrir les services du programme;
- vous demander vos commentaires concernant votre expérience avec le programme;
- vous fournir des renseignements mis à jour sur Verzenio et le programme.

En vous inscrivant au programme et en fournissant votre adresse courriel ou votre numéro de téléphone, vous consentez à ce qu'un représentant du programme communique avec vous par courriel ou message texte et à ce qu'un représentant du programme, votre assureur et votre (ou vos) professionnel(s) de la santé s'échangent vos renseignements personnels par courriel afin d'établir votre admissibilité au programme et de vous offrir les services du programme. Vous pourriez recevoir des courriels ou des messages textes pendant votre participation au programme afin de vous informer de votre statut et des services offerts dans le cadre du programme et de vous faire part d'avis ou de rappels. Vous reconnaissez que les courriels et les messages textes ne sont pas des moyens de communication sécurisés. L'information contenue dans un courriel ou un message texte pourrait être consultée et lue par un tiers.

**Vous n'êtes pas obligée de participer au programme pour vous procurer Verzenio. Lilly se réserve le droit d'apporter des changements ou de mettre fin à ce programme en tout temps et n'est nullement tenue de vous fournir de l'assistance en ce moment et à l'avenir.**

## Retrait de votre consentement

Vous pouvez annuler cette autorisation générale et vous retirer du programme en appelant au 1-855-545-5922. Dans ce cas, votre retrait n'est pas rétroactif : il n'aura aucune conséquence sur les activités concernant vos renseignements personnels qui se sont déroulées avant celui-ci. Vos renseignements personnels seront supprimés et conservés conformément à la législation, à la réglementation et aux directives applicables et en accord avec l'énoncé de confidentialité de Lilly. Vous pouvez également accéder aux renseignements personnels que Lilly ou ses représentants détiennent à votre sujet, de même que les corriger.

Les renseignements conservés par Lilly ou ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients continueront d'être traités de la façon décrite ci-dessus et conformément à l'énoncé de confidentialité de Lilly.

