

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME FoundationNAVIGATE™

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE REMPLI À FOUNDATIONNAVIGATE@PATIENTASSISTANCE.CA

OU LE TÉLÉCOPIER AU 1-888-650-4836.

* Champ obligatoire

1. SERVICE [veuillez choisir le(s) service(s)]

FoundationOne®CDx

FoundationOne®Heme

FoundationOne®Liquid CDx

Test d'IHC de PD-L1

Date à laquelle le test est requis ou effectué _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom* :	Nom* :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
Date de naissance (jj/mm/aa)* :	N° d'assurance maladie :	Langue préférée : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre : _____
Adresse :	Ville (province) :	Code postal :
N° de téléphone* :	Autre personne-ressource (prénom et nom) :	J'autorise le Programme à communiquer avec l'autre personne-ressource au sujet du programme et de mes soins : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No

3. DIAGNOSTIC/ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Diagnostic* :
Analyse(s) des biomarqueurs prédictifs déjà effectuée(s) et résultats* :
Traitement(s) antérieur(s)* : indiquer ci-dessous ou <input type="checkbox"/> Lettre de justification clinique ci-jointe
Traitement(s) actuel(s)* :

4. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Hôpital/Centre affilié :		
Spécialité :	N° de permis d'exercice :	
Prénom* :	Nom* :	
Adresse :	Ville (province) :	Code postal :
Téléphone* :	Télécopieur* :	Courriel :
RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT DU MÉDECIN (PERSONNE-RESSOURCE SECONDAIRE)		
Préciser le rôle :		
Prénom :	Nom :	
Adresse :	Ville (province) :	Code postal :
Téléphone :	Télécopieur :	Courriel :

Personne-ressource avec qui communiquer par courriel, par télécopieur ou par téléphone dans le cadre du programme FoundationNAVIGATE (choisir une option) :

Médecin (coordonnées ci-dessus)

Représentant du médecin/personne-ressource secondaire (coordonnées ci-dessus)

Qui devons-nous informer de l'approbation du remboursement par l'assureur? Médecin

Patient

Autre personne-ressource du patient

5. CONSENTEMENT DU PATIENT

J'ai lu le présent formulaire, y compris la partie au verso concernant l'autorisation et le consentement, ou on m'a lu ce document. J'accepte de m'inscrire au programme FoundationNAVIGATE et j'autorise l'utilisation et la divulgation de mes renseignements selon les modalités décrites dans ce formulaire.

Signature du patient ou de son représentant légal* : _____ **Date (jj/mm/aa)* :** _____

LES MODALITÉS DU CONSENTEMENT DU PATIENT FIGURENT AU VERSO. VEUILLEZ VOUS ASSURER DE LIRE ET DE BIEN COMPRENDRE CES MODALITÉS.

IMPORTANT : Si vous n'êtes pas en mesure d'obtenir le consentement écrit du patient, veuillez indiquer la date à laquelle le consentement verbal a été obtenu et le nom de la personne qui a obtenu le consentement. Cela permettra au personnel du programme FoundationNAVIGATE de poursuivre le traitement de cette inscription. (Le consentement verbal est sans objet en Alberta et au Nouveau-Brunswick.)

Consentement verbal obtenu par : _____ **Signature :** _____ **Date (jj/mm/aa) :** _____
(PRÉNOM ET NOM)

Remarque à l'attention du médecin : Conservez un exemplaire du présent formulaire dans le dossier du patient.

Si vous souhaitez recevoir ces renseignements sur le formulaire d'inscription dans un format accessible, veuillez communiquer avec Roche au 1-800-561-1759.



Sans frais : 1-888-650-4835 Télécopieur : 1-888-650-4836
Du lundi au vendredi : de 8 h à 20 h (HE)

6. AUTORISATION D'INSCRIPTION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Au patient inscrit au programme de Roche (« vous ») :

Hoffmann-La Roche Limited/Limitée (« Roche ») a confié à un fournisseur de services externe, McKesson Canada Corporation (« McKesson » ou l'« administrateur du Programme »), le mandat d'administrer le programme FoundationNAVIGATE (le « Programme »), qui vise à aider les patients canadiens à accéder à FoundationOne®CDx, FoundationOne®Heme, FoundationOne®Liquid CDx ainsi qu'aux autres services de séquençage de nouvelle génération assurés par Foundation Medicine Inc. (les « services de FMI »). Vous vous êtes inscrit ou avez demandé à vous inscrire au Programme. Bien que l'administrateur du Programme et Roche s'efforcent d'aider tous les auteurs d'une demande d'inscription à un programme, ni l'un ni l'autre ne garantit l'accès immédiat ou continu aux services de FMI, et Roche et l'administrateur du Programme se réservent le droit, en tout temps et sans préavis, de modifier ou d'annuler tout aspect d'un programme.

Renseignements pouvant être recueillis et utilisés

Vous autorisez vos fournisseurs de soins de santé et vos assureurs à communiquer vos renseignements personnels (y compris les renseignements relatifs à votre état de santé) à Roche ou à McKesson Canada Corporation, Soins de santé spécialisés (« McKesson ») (de façon collective, « nous »). Ces renseignements peuvent comprendre les diagnostics pertinents, les examens médicaux, les ordonnances ainsi que des renseignements financiers et sur votre assurance maladie.

Personnes pouvant avoir accès à vos renseignements et les utiliser

Vous nous autorisez à utiliser et à transmettre vos renseignements à vos fournisseurs de soins de santé, aux hôpitaux, aux fournisseurs d'assurance maladie (publique ou privée), aux associations de patients et aux autres personnes et entreprises qui nous assistent pour le présent programme aux fins suivantes (le cas échéant) :

- assistance au remboursement et vérification de l'assurance;
- détermination de votre admissibilité à une aide financière;
- administration du programme d'assistance aux patients, y compris l'assurance de la qualité et la réalisation de sondages sur la satisfaction des clients;
- toute obligation légale, y compris pour la déclaration de toute manifestation indésirable d'un médicament à Santé Canada.

Vous nous autorisez à communiquer avec vous au sujet de ces services par courrier, courriel, télécopie, téléphone ou message texte. Vous nous autorisez à vous laisser des messages au numéro de téléphone ou à l'adresse électronique fournis, et vous comprenez que de tels messages peuvent contenir le nom de produits ou de services de Roche, des détails sur votre état de santé et votre couverture d'assurance ainsi que le nom de votre médecin.

Vos renseignements peuvent être détenus et utilisés dans toute province ou tout pays du monde entier.

Utilisation des données agrégées

Les renseignements vous concernant peuvent être combinés avec ceux des autres participants au Programme pour générer des ensembles de données agrégées ne contenant aucun identifiant personnel ou autre renseignement qui peut être relié à vous ou jumelé à d'autres renseignements qui permettraient de vous identifier, mais contenant uniquement des renseignements anonymes. Les données agrégées peuvent être utilisées et/ou divulguées par Roche et les entreprises qui nous assistent pour le présent programme (les « partenaires du programme ») pour soutenir la prise de décisions et l'amélioration du programme en matière clinique, réglementaire, d'accès au marché et aux médicaments ainsi que de remboursement, y compris par une meilleure compréhension, notamment :

- des populations de patients et des résultats pour les patients;
- de l'incidence de la prise de décision clinique; et
- du parcours des patients, y compris le cours des traitements et les résultats pour des maladies précises.

Refus et retrait du consentement

Vous pouvez refuser de donner votre consentement et vous pouvez retirer votre consentement en tout temps. Un tel retrait signifie que nous n'utiliserons plus vos renseignements et cesserons de les communiquer, mais il ne s'applique pas aux renseignements déjà utilisés ou communiqués. Pour annuler cette autorisation, vous devez faire parvenir une demande écrite à McKesson par télécopie, par courriel (indiqué au haut du présent formulaire) ou par la poste à l'adresse suivante :

Programme FoundationNAVIGATE™
a/s McKesson Canada Corporation, Soins de santé spécialisés
70 Wynford Drive, case postale 383, North York (Ontario) M3C 2S7
Télécopieur : 1-888-650-4836
Courriel : FoundationNavigate@patientassistance.ca

Tout retrait de consentement implique que vous ne pourrez plus bénéficier des services du programme.

Autres conditions

Nous ne garantissons en aucune façon l'accès aux services de FMI, l'accès permanent à ces services ou à d'autres services du programme. Nous nous réservons le droit de modifier ou d'annuler tout aspect du programme en tout temps et sans préavis.

Votre médecin ainsi que d'autres professionnels de la santé peuvent recevoir une rétribution de notre part en contrepartie des frais engagés relativement à votre participation au Programme. Ils pourraient notamment recevoir des honoraires pour la prestation de services qui ne seraient pas couverts par votre régime d'assurance maladie. N'hésitez pas à interroger votre médecin si vous avez des questions au sujet de ces rétributions ou des autres options qui s'offrent à vous.

Version du consentement : août 2020

Remarque à l'attention du médecin : Conservez un exemplaire du présent formulaire dans le dossier du patient.

Si vous souhaitez recevoir ces renseignements sur le formulaire d'inscription dans un format accessible, veuillez communiquer avec Roche au 1-800-561-1759.

FoundationOne®CDx, FoundationOne®Liquid CDx et FoundationOne®Heme sont des services de séquençage de nouvelle génération assurés par Foundation Medicine, Inc. dans des laboratoires situés aux États-Unis. Hoffmann-La Roche Limited/Limitée commercialise ces services au Canada sous une licence exclusive de Foundation Medicine, Inc. Ces services ont été mis au point et leurs caractéristiques de rendement ont été déterminées par Foundation Medicine, Inc. En tant que tests internes élaborés en laboratoire, les services n'ont pas été soumis à Santé Canada à des fins d'évaluation et à ce titre, ne sont pas assujettis à l'approbation de Santé Canada. Les rapports produits à partir de ces services sont préparés par Foundation Medicine, sans la participation de Hoffmann-La Roche Limited/Limitée, et peuvent comprendre des renseignements scientifiques sur des produits médicaux expérimentaux ou des produits dont l'utilisation n'est ni homologuée ni proposée au Canada.



Sans frais : 1-888-650-4835 Télécopieur : 1-888-650-4836
Du lundi au vendredi : de 8 h à 20 h (HE)