

FORMULAIRE D'INSCRIPTION ET DE CONSENTEMENT

En signant ci-dessous, j'autorise mon professionnel de la santé (médecin ou infirmière) et mon assureur à transmettre certains de mes renseignements personnels (entre autres mon nom, mon adresse, mon numéro de téléphone, mes antécédents médicaux, des renseignements d'ordre financier et des renseignements en matière d'assurance santé) au programme MERCK Santé™, ainsi qu'à ceux qui gèrent le programme, s'il y a lieu, pour déterminer mon admissibilité à recevoir les services offerts par le programme MERCK Santé™. Je comprends que le programme MERCK Santé™ peut, selon mon admissibilité, m'offrir les services suivants : aide financière, remboursement, utilisation à titre humanitaire et soins infirmiers de soutien. En signant ci-dessous, j'autorise également mon professionnel de la santé et ceux qui gèrent le programme MERCK Santé™ à échanger mes renseignements personnels et de santé dont ils ont besoin aux fins du programme, et à communiquer avec moi s'ils ont des questions (par exemple, sur le remboursement de PEGETRON® [ribavirine et interféron alfa-2b péguylé] ou de VICTRELIS™ [bocéprévir]). Ces activités peuvent aussi donner lieu à un échange de mes renseignements entre mon assureur, le personnel infirmier, les médecins et les pharmaciens, dans le cadre de la gestion de mon dossier du programme MERCK Santé™. Je comprends que, bien que le programme MERCK Santé™ soit offert par Merck Canada Inc. aux patients qui ont reçu une ordonnance de PEGETRON® et/ou de VICTRELIS™, Merck Canada n'aura pas accès à mes renseignements personnels susceptibles de m'identifier. Les renseignements sur ma santé ne seront pas utilisés par le programme MERCK Santé™ à toute autre fin. Je peux annuler cette autorisation en tout temps en envoyant une demande signée par la poste ou par télécopieur à mon professionnel de la santé et à mon(mes) assureur(s), mais je ne pourrai alors obtenir de l'aide au remboursement de PEGETRON®/VICTRELIS™, et tout renseignement déjà fourni sera retenu pour garder un dossier de la gestion des services offerts jusque-là. **Je comprends mes droits en vertu de cette entente et je reconnais que j'ai le droit de recevoir une copie de ce document.**

Nom du patient (en lettres moulées) : _____ Signature du patient : _____ Date : _____

COORDONNÉES DU PATIENT (EN LETTRES MOULÉES)

Nom de famille		Prénom		
Adresse	Ville	Province	Code postal	
N° de tél. à domicile	N° de tél. au travail	Date de naissance	Sexe	Langue de préférence
Couverture				
Pharmacie du patient		Nom du médecin	Nom de l'infirmière affectée au traitement de l'hépatite	
Adresse du médecin	Ville	Province	Code postal	
Personne-ressource au cabinet du médecin		N° de téléphone de la personne-ressource au cabinet du médecin		

ÉTAT DE SANTÉ ET TRAITEMENT DU PATIENT à remplir par le professionnel de la santé

GÉNOTYPE : _____ AUCUN TRAITEMENT ANTÉRIEUR RECHUTE À UN TRAITEMENT ANTÉRIEUR
 RÉPONSE PARTIELLE À UN TRAITEMENT ANTÉRIEUR AUCUNE RÉPONSE AU TRAITEMENT ANTÉRIEUR
 CO-INFECTION AU VIH : OUI NON CIRRHOSE : OUI NON GREFFE : OUI NON
 COTE DE FIBROSE DU FOIE : _____ DATE PRÉVUE DE DÉBUT DU TRAITEMENT : _____

À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ - Les renseignements ci-dessous sont tirés de l'ordonnance remise au patient

(CECI N'EST PAS UNE ORDONNANCE VALIDE)

RENSEIGNEMENTS D'ORDONNANCE (IFN α -2b pég = Interféron alfa-2b péguylé RBV= ribavirine BOC= bocéprévir)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PEGETRON® 2 stylos IFN α -2b pég 80 μ g (0,5 mL) + 56 caps RBV 200mg | <input type="checkbox"/> VICTRELIS TRIPLE™ 2 stylos IFN α -2b pég 80 μ g (0,5 mL) + 56 caps RBV 200mg + 168 caps BOC 200mg |
| <input type="checkbox"/> PEGETRON® 2 stylos IFN α -2b pég 100 μ g (0,5 mL) + 56 caps RBV 200mg | <input type="checkbox"/> VICTRELIS TRIPLE™ 2 stylos IFN α -2b pég 100 μ g (0,5 mL) + 56 caps RBV 200mg + 168 caps BOC 200mg |
| <input type="checkbox"/> PEGETRON® 2 stylos IFN α -2b pég 120 μ g (0,5 mL) + 70 caps RBV 200mg | <input type="checkbox"/> VICTRELIS TRIPLE™ 2 stylos IFN α -2b pég 120 μ g (0,5 mL) + 70 caps RBV 200mg + 168 caps BOC 200mg |
| <input type="checkbox"/> PEGETRON® 2 stylos IFN α -2b pég 150 μ g (0,5 mL) + 84 caps RBV 200mg | <input type="checkbox"/> VICTRELIS TRIPLE™ 2 stylos IFN α -2b pég 150 μ g (0,5 mL) + 84 caps RBV 200mg + 168 caps BOC 200mg |
| <input type="checkbox"/> PEGETRON® 2 stylos IFN α -2b pég 150 μ g (0,5 mL) + 98 caps RBV 200mg | <input type="checkbox"/> VICTRELIS TRIPLE™ 2 stylos IFN α -2b pég 150 μ g (0,5 mL) + 98 caps RBV 200mg + 168 caps BOC 200mg |
| | <input type="checkbox"/> VICTRELIS™ 168 caps BOC 200mg |

Je confirme que les renseignements ci-dessus reflètent le médicament et l'ordonnance remis au patient par le médecin prescripteur du patient dont le nom est indiqué ci-dessus.

Signature du professionnel de la santé : _____ Nom et titre en lettres moulées : _____ Date : _____