

**Ce formulaire ne peut pas être accepté afin d'être traité dans notre système sans le consentement du médecin ET du patient. Veuillez remplir TOUS les champs et soumettre le formulaire par télécopieur ou par courriel.**

Si vous avez des questions, veuillez téléphoner au 1 855 635-2372, du lundi au vendredi de 8:00 h à 20:00 h HNE.

## 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  
Meilleur moment pour rejoindre :  Matin  Après-midi  Soirée

## 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.

## 3. CONSENTEMENT DE LA PATIENTE

J'ai lu et compris le **Consentement de la patiente et les renseignements sur la vie privée** imprimés au verso 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.

OU

La patiente a donné son consentement verbal à procéder à son inscription aujourd'hui et l'administrateur du programme fournira le **Consentement de la patiente et les renseignements sur la vie privée** à une date ultérieure.

Signature de la patiente 

Nom et signature de la personne ayant reçu le consentement verbal et son lien avec la patiente

Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Date à laquelle le consentement verbal a été communiqué (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

## 4. 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 \_\_\_\_\_

## 5. AUTORISATION DU MÉDECIN TRAITANT

Je certifie que le traitement prescrit est médicalement nécessaire et je reconnais par la présente que je suis le médecin traitant de cette patiente et je confirme que j'ai prescrit à cette patiente NERLYNX<sup>MD</sup> selon la monographie de produit canadienne. 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.

Signature du médecin 

Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

## 6. PRESCRIPTION/ORDONNANCE

### NERLYNX<sup>MD</sup> (nératinib)

- Rx : 240 mg (6 comprimés de 40 mg) PO 1 X/jour  
Délivrer des comprimés pour 1 mois.

Renouvellements : \_\_\_\_\_ mois

Une prophylaxie anti-diarrhéique est recommandée pendant les 2 premiers cycles (56 jours) de traitement et doit être instaurée avec la première dose de NERLYNX<sup>MD</sup>.

### Lopéramide en prophylaxie

- Recommandé :  Rx : 4 mg (2 cpr de 2 mg) PO 3 X/jour, jour 1 à 14  
4 mg (2 cpr de 2 mg) PO 2 X/jour, jour 15 à 56  
Au besoin :  Rx : 4 mg (2 cpr de 2 mg) PO au besoin,  
ne pas dépasser 16 mg/jour, jour 57 à 365

OU

Rx :

Signature du médecin 

N° du Permis de pratique \_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

## Consentement de la patiente et renseignements sur la vie privée :

En soumettant mes renseignements personnels (« RP »), je donne mon consentement complet à Knight Therapeutics Inc. et à Bayshore afin qu'ils puissent recueillir, utiliser, accéder et partager mes RP comme décrit ci-dessous. Afin d'aider à mon inscription au Programme de soutien aux patientes, je confirme que les renseignements que j'ai fournis sont valides et complets, et que Bayshore peut utiliser les renseignements que j'ai fournis pour me contacter au sujet du programme.

L'entreprise Bayshore Specialty Rx Ltd a été désignée par Knight Therapeutics Inc. pour gérer la collecte et le traitement des renseignements personnels dans le cadre du programme. Sauf en cas d'exigences et d'obligations juridiques décrites en détail dans le présent document, Knight Therapeutics Inc. n'aura pas accès à vos renseignements personnels, mais recevra des données regroupées rendues non identifiables. En acceptant de participer à ce programme, vous acceptez de nous fournir ainsi qu'à votre fournisseur de soins de santé, des renseignements personnels aux fins de vous inscrire au programme (comme votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone, votre courriel, votre sexe et des renseignements liés à votre état de santé).

Ces renseignements seront recueillis à partir des documents relatifs au programme; ils seront utilisés pour vous permettre de participer au programme et pour communiquer avec vous comme autorisé. Nous recueillons, utilisons et divulguons vos renseignements personnels aux fins suivantes (« Objectifs ») : pour permettre votre inscription au programme, pour activer votre participation au programme et pour satisfaire aux objectifs du programme. En lien avec les Objectifs, vos renseignements personnels peuvent être divulgués à votre professionnel de la santé qui aura accès à vos renseignements personnels afin de vous inscrire au programme et vous traiter; à vos fournisseurs d'assurance afin de traiter les demandes de remboursement; et, à d'autres professionnels de la santé afin de traiter, si applicable, les résultats de vos analyses de laboratoire en lien avec votre traitement.

Autre que pour les objectifs énoncés du programme, vos renseignements personnels ne seront pas partagés ou divulgués sauf avec l'entreprise Bayshore afin de gérer la cueillette et le traitement des renseignements personnels dans le cadre du programme. Une entente a été conclue assurant qu'une telle tierce partie fournissant des services offre également un niveau élevé de protection des renseignements personnels et soit tenue responsable de la sécurité des renseignements personnels. Elle n'est pas autorisée à recueillir, utiliser ou divulguer des renseignements personnels sauf comme nécessaire pour fournir les services liés à l'atteinte des objectifs dans le cadre du programme ou en réponse à des exigences d'ordre légal.

Vos renseignements personnels seront partagés avec Knight Therapeutics Inc. de la façon suivante : Knight Therapeutics Inc. recevra des rapports rédigés par Bayshore décrivant les données recueillies dans le cadre du programme et présentées uniquement d'une manière regroupée et anonyme. Aucun renseignement personnel ne sera partagé, divulgué ou transféré à Knight Therapeutics Inc. Plus précisément, les données statistiques tirées du programme seront rendues anonymes et présentées de manière regroupée lorsqu'elles seront partagées avec Knight Therapeutics Inc., les fournisseurs de soins de santé et les autres tierces parties, comme la situation peut l'exiger.

La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements dont il est question dans le présent document peuvent impliquer un transfert d'informations à des juridictions situées hors de votre pays de résidence qui peuvent ne pas avoir des lois ou des règlements équivalents en matière de renseignements personnels. Les mesures contractuelles raisonnables que nous pouvons prendre pour protéger les renseignements personnels pendant qu'ils sont traités et manipulés par ces tierces parties sont sujettes aux exigences juridiques applicables à l'endroit où les données sont traitées ou stockées, par exemple, des exigences juridiques concernant la divulgation des renseignements personnels aux autorités gouvernementales des pays hôtes.

Je sais que je peux retirer mon consentement en tout temps et que, sauf si la loi l'interdit, je peux obtenir une copie de mes renseignements personnels et corriger toute erreur en communiquant avec le programme au 1 855 635-2372. Je sais que le retrait de mon consentement mettra fin à mon adhésion au programme, mais qu'il ne sera pas rétroactif. Par conséquent, les activités portant sur la collecte, l'utilisation, la divulgation et/ou le stockage de mes renseignements personnels précédant mon retrait ne seront pas affectées.

NERLYNX<sup>MD</sup> est indiqué pour le traitement adjuvant prolongé des femmes atteintes de 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.

### **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 directives posologiques et les conditions d'utilisation clinique qui n'ont pas été discutés dans ce document. La monographie du produit est également offerte 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 Knight Therapeutics Inc. Tous droits réservés.

