

Pr **CAYSTON**<sup>MD</sup> (solution d'aztréonam pour inhalation) FORMULAIRE DE PRESCRIPTION ET D'INSCRIPTIONVeuillez envoyer ce formulaire dûment rempli et signé par télécopieur au **1-855-642-6099**.**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

NOM DU PATIENT (en caractères d'imprimerie au-dessus de la ligne) <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME		
NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	
ADRESSE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	

**RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS** (pour l'aide au remboursement)

LE PATIENT EST COUVERT PAR :

RÉGIME PUBLIC  RÉGIME PRIVÉ  PAIEMENT COMPTANT  
 (p. ex., Trillium, PMO, Croix bleue, BC PharmaCare, RAMQ)

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE****ASSURANCE PRINCIPALE**

NOM DE L'ASSUREUR	
RÉGIME/POLICE/NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE	
NOM DE L'ADHÉRENT	
DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	

**ASSURANCE SECONDAIRE**

NOM DE L'ASSUREUR	
RÉGIME/POLICE/NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE	
NOM DE L'ADHÉRENT	
DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	

**RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

NOM DU MÉDECIN		
NOM DE L'HÔPITAL OU DE LA CLINIQUE		
ADRESSE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR	

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET SUR LA PRESCRIPTION**

**CAYSTON** 75 MG PAR INHALATION 3 F.P.J. X 28 JOURS SUIVI DE 28 JOURS SANS TRAITEMENT

RENOUVELLEMENT :  0  1  2  3  4  5  6

EST-CE LE PREMIER CYCLE DE TRAITEMENT PAR **CAYSTON** POUR CE PATIENT?

OUI  NON

X

SIGNATURE DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

NUMÉRO DE PERMIS

DATE (JJ/MM/AAAA)

En signant je confirme que j'ai lu et que j'accepte les modalités et conditions relatives à l'inscription et au consentement des patients présentées à la page 2 de ce formulaire.

X

SIGNATURE DU PATIENT/TUTEUR LÉGAL

DATE (JJ/MM/AAAA)

Pour toute question concernant **CAYSTON**,  
 veuillez composer le 1-855-517-6387.  
 Pour signaler un effet indésirable : 1-866-207-4267  
 (Gilead Sciences Canada, Inc., Information médicale)

## Pr **CAYSTON**<sup>MD</sup> (solution d'aztréonam pour inhalation) FORMULAIRE DE PRESCRIPTION ET D'INSCRIPTION

### INSCRIPTION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

En signant le présent formulaire, j'autorise mon médecin ou professionnel de la santé à envoyer le formulaire d'inscription dûment rempli au programme AIR<sup>MC</sup> de **CAYSTON** (le « **Programme** ») et je reconnais que, ce faisant, je serai inscrit au Programme. Je comprends que le Programme est un programme d'aide aux patients offert par Gilead Sciences Canada, Inc. (« **Gilead** ») et administré par un tiers indépendant mandaté par Gilead pour les patients canadiens auxquels on a prescrit Pr**CAYSTON**<sup>MD</sup> (solution d'aztréonam pour inhalation) (« **CAYSTON** »). Le programme offre, le cas échéant, une aide pour l'obtention du remboursement, une aide au paiement de la quote-part et un suivi continu de mon ordonnance de **CAYSTON** (collectivement nommés les « **Services** »). Je comprends que je peux également m'inscrire au programme par téléphone ou par télécopieur si mon médecin m'a prescrit **CAYSTON**. J'atteste que les renseignements fournis au programme sont exacts.

J'accepte de recevoir, entre autres, des communications par courrier électronique, téléphone et télécopieur de la part de l'administrateur et du personnel du programme, dans le but de déterminer mon admissibilité au programme, de mener à bien les activités liées au programme et de me fournir les services offerts par le programme. Les courriels peuvent être envoyés à l'adresse électronique que j'ai fournie. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps en avisant l'administrateur du programme. Je comprends que Gilead et/ou le tiers indépendant qui administre le programme ont le droit de communiquer avec moi en cas de signalement d'un effet indésirable si un suivi, y compris un signalement à Santé Canada, est requis.

Je comprends et je reconnais que, pour m'inscrire au programme et pour recevoir les services, certains renseignements personnels et médicaux me concernant (les « **Renseignements personnels** »), comme des renseignements personnels médicaux et financiers ainsi que des renseignements sur ma couverture d'assurance, peuvent être obtenus de moi, de mon médecin prescripteur, pharmacien, infirmière ou assureur, d'un organisme gouvernemental, de mon employeur ou des autres sources (les « **Parties** »), et être documentés, enregistrés et/ou divulgués, au besoin, afin de s'assurer de l'exactitude et de l'exhaustivité des renseignements de cette demande d'inscription et pour obtenir l'information requise pour recevoir les services offerts par le programme. En conséquence, j'autorise ma compagnie d'assurance à communiquer mes renseignements personnels au programme, y compris les renseignements concernant ma couverture d'assurance et j'accepte que le programme examine les renseignements et détermine la possibilité d'obtenir un remboursement par l'assurance en mon

nom. J'autorise également le médecin prescripteur à divulguer au programme tout renseignement personnel pertinent lié à mon état médical dont les assureurs ont besoin pour traiter ma demande de remboursement. En soumettant mes renseignements au programme, j'accepte que leur utilisation soit régie par la politique de confidentialité de l'administrateur du programme, dont je peux obtenir un exemplaire en communiquant avec le programme. J'autorise le programme à communiquer avec moi pour me fournir des services de suivi lié à mon ordonnance de **CAYSTON** et pour d'autres renseignements requis pour l'administration du programme.

Je reconnais que, sous réserve des dispositions précédentes ou selon les exigences de la loi, mes renseignements personnels ne seront pas transmis à d'autres personnes. Toutefois, je comprends que mes renseignements personnels peuvent être recueillis, utilisés et conservés sur papier et/ou dans des systèmes électroniques par le tiers indépendant qui administre le programme, ou par d'autres fournisseurs de services (p. ex., des fournisseurs de service de technologies de l'information) qui peuvent conserver ou traiter mes renseignements personnels à l'extérieur du Canada où mes renseignements seront soumis aux lois locales, ce qui pourrait entraîner la divulgation de mes renseignements personnels aux autorités gouvernementales dans des conditions différentes de celles prévues par les lois canadiennes. Je consens à ce que les renseignements me concernant soient rendus anonymes et compilés avec ceux d'autres patients, et soient communiqués à Gilead et à ses sociétés affiliées, dans le but de faire des rapports sur les services du programme, de les surveiller et de les évaluer. Je comprends en outre que mes renseignements personnels seront protégés par des mesures de protection conformes aux normes de l'industrie et seront conservés uniquement pendant le temps nécessaire à la réalisation des objectifs du programme et pour respecter les lois applicables. Je comprends que je peux communiquer avec le programme en tout temps pour mettre à jour ou pour consulter mes renseignements personnels, pour modifier ou pour retirer mon consentement (en partie ou en totalité), pour faire part d'une préoccupation lié à la confidentialité de mes renseignements ou pour poser des questions sur les pratiques du programme en matière de confidentialité. Toutefois, je comprends et j'accepte que, si je modifie ou je retire mon consentement, mon accès aux services du programme pourrait être limité.

Gilead peut, sans aucun préavis au patient, à tout moment et à sa seule discrétion, changer les critères d'admissibilité au programme, modifier la portée des services offerts et/ou annuler l'ensemble du programme.

**CAYSTON** (solution d'aztréonam pour inhalation) est indiqué pour la prise en charge des patients atteints de fibrose kystique ayant des infections pulmonaires chroniques à *Pseudomonas aeruginosa*. **CAYSTON** (solution d'aztréonam pour inhalation) est contre-indiqué chez les patients ayant une allergie connue à l'aztréonam ou à tout ingrédient de la préparation ou composant du contenant. Veuillez vous reporter à la monographie de produit pour obtenir la liste complète des mises en garde et précautions, des effets indésirables, des critères de sélection des patients, et les renseignements sur la posologie et l'administration.

**CAYSTON**<sup>MD</sup> est une marque déposée de Gilead Sciences, Inc. ou de ses sociétés liées.

Le programme AIR<sup>MC</sup> de **CAYSTON** est commandité par Gilead Sciences Canada, Inc. et exécuté par un tiers indépendant.

L'obtention d'un remboursement par l'entremise du programme AIR<sup>MC</sup> de **CAYSTON** ne peut pas être garantie.

© 2015 Gilead Sciences Canada, Inc. Tous droits réservés.