

Formulaire d'inscription

Enliven^{MD}

Nouvelle inscription Renouvellement d'ordonnance

Télécopiez le formulaire d'inscription dûment rempli au 1.888.987.2201.

Renseignements sur le patient (section devant être remplie par le patient)

M. Mme Mlle

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____ / _____ / _____

Coordonnées :	Veillez inscrire tous les numéros demandés	Peut-on laisser un message?	Meilleur moment pour appeler
----------------------	---	------------------------------------	-------------------------------------

Tél. à la maison : (____) _____ - _____ _____

Tél. au travail : (____) _____ - _____ _____

Tél. cellulaire : (____) _____ - _____ _____

Langue de préférence : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Formation facultative sur la technique d'injection (section devant être remplie par le médecin)

J'aimerais que ce patient reçoive une formation sur la technique d'auto-injection offerte par une infirmière d'Enliven^{MD} : Oui Non

Endroit : Domicile du patient Cabinet/clinique

Adresse : _____

Précisions à l'égard de la formation sur la technique d'injection : _____

Le patient prend-il des bêtabloquants*? Oui Non

Veillez préciser toute allergie* : _____

Autre : _____

* Demande de renseignements à l'intention du service infirmier uniquement.
Un rapport de suivi concernant la formation sur la technique d'injection sera télécopié à votre cabinet par Enliven à la suite de la visite.

Consentement

Nous respectons votre droit à la vie privée. Adjuvantz (une division de World Travel Protection Canada Inc.) est l'administrateur du programme Enliven (« le Programme »). Les renseignements personnels, y compris les renseignements personnels sur la santé comme votre nom, vos coordonnées et les renseignements sur les ordonnances que vous fournissez à Adjuvantz, seront utilisés pour vous offrir les services du Programme, notamment l'aide au remboursement, l'administration, la formation ou l'assistance relative au traitement (p. ex. la formation sur la technique d'injection) et pour permettre à Adjuvantz, de réaliser, de temps à autre, des sondages confidentiels relativement au Programme.

À ces seules fins, Adjuvantz peut divulguer vos renseignements personnels confidentiellement à : (i) Amgen Canada Inc. (« Amgen ») et à Pfizer Canada inc. (« Pfizer »), les distributeurs d'ENBREL (étanercept), pour faciliter la prestation des services du Programme; et/ou (ii) aux agents autorisés et aux fournisseurs des services. Veuillez noter que ces fournisseurs de services (p. ex. les fournisseurs des technologies de l'information) et Amgen/Pfizer peuvent stocker ou traiter vos données en dehors du Canada et peuvent par conséquent être assujettis à d'autres lois locales. D'autres pays peuvent appliquer d'autres lois et règlements en vertu desquels les circonstances imposant la divulgation de renseignements personnels des autorités gouvernementales ne sont pas les mêmes qu'au Canada. De plus, vos renseignements personnels peuvent être divulgués à Amgen/Pfizer ou à des tiers parties lorsque les lois applicables, des ordonnances d'un tribunal ou des règlements gouvernementaux le permettent ou l'exigent (collectivement, « lois applicables »).

Adjuvantz et Amgen/Pfizer conserveront vos renseignements personnels uniquement pendant le temps requis, selon les fins pour lesquelles ils ont été recueillis et conformément aux lois applicables. Adjuvantz, et Amgen/Pfizer utilisent des mesures de protection qui répondent aux normes de l'industrie afin de protéger la confidentialité des renseignements personnels qu'elles recueillent. Vous pouvez communiquer en tout temps avec l'agent à la protection de la vie privée d'Adjuvantz au 1-877-936-2735 pour mettre à jour vos renseignements personnels ou y accéder, modifier ou retirer votre consentement (en partie ou en totalité), faire part d'une préoccupation relative à la confidentialité, ou vous informer des pratiques du Programme en matière de confidentialité. Veuillez noter que si vous modifiez ou retirez votre consentement, la capacité d'Adjuvantz de vous fournir les services du Programme pourrait être restreinte.

Renseignements sur le médecin

Nom du médecin : _____

N° du site (s'il y a lieu) : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Renseignements sur l'ordonnance

ENBREL^{MD} – Présentation :

- Auto-injecteur SureClick^{MD} Seringue préremplie
 Poudre lyophilisée (en flacon)

Posologie d'ENBREL recommandée

Posologie pour le traitement du psoriasis en plaques

Dose initiale :

- 50 mg 2 f.p.s. pendant 3 mois
(administrés à 3 ou 4 jours d'intervalle)

Dose de maintien :

- 50 mg 1 f.p.s.

Autre : _____

Posologie pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, de l'arthrite psoriasique et de la spondylarthrite ankylosante

- 50 mg 1 f.p.s.

Autre : _____

Posologie pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique

- 0,8 mg/kg par semaine (jusqu'à 63 kg [138 livres]) pour un maximum de 50 mg par semaine, ou
 50 mg 1 f.p.s.

Autre : _____

TIMBRE

Autres renseignements/timbre du cabinet

Signature du médecin

Date

CONSENTEMENT

En signant le présent formulaire, je reconnais avoir lu et compris les renseignements ci-dessus et je consens à ce qu'Adjuvantz, Amgen/Pfizer, ainsi que leurs agents autorisés et les fournisseurs des services recueillent, utilisent et divulguent mes renseignements personnels, y compris les renseignements personnels sur ma santé, aux fins décrites ci-dessus. Je consens, par ailleurs, à ce qu'Adjuvantz, Amgen/Pfizer ou leurs agents autorisés communiquent occasionnellement avec moi aux fins énoncées ci-dessus.

Signature du patient : _____ Date : _____

Nom du patient : _____

Le présent document est destiné à la seule personne nommée ci-dessus et son contenu peut être privilégié et confidentiel. Si vous n'êtes pas le destinataire autorisé du document, il vous est interdit de l'utiliser, de le divulguer ou de le copier. Si vous avez reçu ce document par erreur, prière d'en aviser immédiatement l'expéditeur et d'en effacer toutes les copies. Nous vous remercions de votre coopération. / This document may contain privileged and confidential information and is intended only for the person(s) named above. If you are not a named addressee, you should not disseminate, distribute or copy this document. If you have received this document by mistake, please notify the sender immediately and then destroy this document. We thank you for your cooperation and assistance.

ENBREL^{MD} et Enliven^{MD} sont des marques déposées d'Immunex Corporation et SureClick^{MD} est une marque déposée d'Amgen Inc., toutes utilisées avec autorisation.

© 2011 Pfizer Canada inc. et Amgen Canada. Tous droits réservés.

Pour vous inscrire vous-même à Enliven,
appelez au **1.877.9ENBREL (1.877.936.2735)**
ou visitez **enbrel.ca**



Enliven^{MD}
VOTRE PROGRAMME DE SOUTIEN ENBREL

Copie n° 1 pour le dossier. Copie n° 2 pour le patient.