

# Programme de soutien aux patients LYNPARZA d'AstraZeneca et de Merck

Pr LYNPARZA® Formulaire d'inscription et de consentement

■ Section pour les patients  
■ Section pour les médecins

**Le présent formulaire ne peut pas être traité sans le consentement du médecin et du patient / de son représentant légal.** Envoyez le formulaire dûment rempli par télécopieur au [1-877-280-6221](tel:1-877-280-6221) ou par courriel à l'adresse [enrollment@azoncologypsp.ca](mailto:enrollment@azoncologypsp.ca). Veuillez remplir **tous les champs** pour réduire les retards au minimum. Pour obtenir des renseignements immédiats, veuillez composer le [1-877-280-6208](tel:1-877-280-6208).

L'utilisation du terme « produit » dans le présent formulaire renvoie à LYNPARZA (olaparib).

## Cancer du sein

LYNPARZA est indiqué pour le traitement adjuvant des personnes adultes atteintes d'un cancer du sein au stade précoce comportant un risque élevé, HER2 négatif (absence de surexpression des récepteurs 2 du facteur de croissance épidermique humain) et exprimant une mutation germinale délétère ou présumée délétère d'un gène *BRCA* (*mgBRCA*), qui ont déjà reçu une chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante. La présence d'une mutation germinale de *BRCA* doit être confirmée avant le début du traitement par LYNPARZA.

LYNPARZA est indiqué en monothérapie pour le traitement des personnes adultes atteintes d'un cancer du sein métastatique HER2 négatif avec mutation germinale délétère ou présumée délétère d'un gène *BRCA* (*mgBRCA*) ayant déjà reçu une chimiothérapie comme traitement néoadjuvant ou adjuvant ou comme traitement de la maladie métastatique. Les personnes atteintes d'un cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs (RH+) ne peuvent recevoir ce traitement que si leur maladie a progressé après un traitement endocrinien ou si un tel traitement est considéré comme étant inapproprié chez ces personnes. La présence d'une mutation germinale de *BRCA* doit être confirmée avant de commencer le traitement par LYNPARZA.

## Cancer de l'ovaire

LYNPARZA est indiqué en monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'une forme avancée d'un cancer épithélial de haut grade de l'ovaire, des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif, porteuses de *BRCA* muté, et qui sont en réponse (complète ou partielle) à une chimiothérapie de première intention à base de sels de platine. La présence d'une mutation de *BRCA* (par un test de dépistage des mutations germinales ou tumorales) doit être confirmée avant de commencer le traitement par LYNPARZA.

LYNPARZA est indiqué en monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de haut grade de l'ovaire, des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif récidivant et sensible aux sels de platine, et qui sont en réponse (complète ou partielle) à une chimiothérapie à base de sels de platine. Une récurrence sensible aux sels de platine est définie comme une maladie qui évolue au moins 6 mois après la fin de la dernière chimiothérapie à base de sels de platine.

LYNPARZA est indiqué pour le traitement d'entretien d'appoint au bévacizumab des patientes adultes atteintes d'une forme avancée d'un cancer épithélial de haut grade de l'ovaire, des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif :

- qui sont en réponse (complète ou partielle) à un traitement antérieur par chimiothérapie de première intention à base de sels de platine en association avec le bévacizumab et,
- chez qui la tumeur est associée à un défaut de recombinaison homologue (DRH+), défini par la présence d'une mutation de *BRCA* délétère ou présumée délétère et/ou d'une instabilité génomique. La présence d'une mutation de *BRCA* (germinale ou somatique) et/ou d'une instabilité génomique doit être confirmée avant de commencer le traitement par LYNPARZA.

## Cancer du pancréas

LYNPARZA est indiqué en monothérapie pour le traitement d'entretien des patients adultes atteints d'un adénocarcinome métastatique du pancréas, porteurs d'une mutation germinale délétère ou présumée délétère d'un gène *BRCA* (*mgBRCA*) et dont la maladie n'a pas progressé durant une chimiothérapie de première intention à base de sels de platine d'une durée minimale de 16 semaines. La présence d'une mutation germinale d'un gène *BRCA* doit être confirmée avant de commencer le traitement par LYNPARZA.

## Cancer de la prostate

LYNPARZA est indiqué en monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer de la prostate résistant à la castration et métastatique (CPRCm), porteurs d'une mutation germinale et/ou somatique délétère ou présumée délétère d'un gène *BRCA* ou *ATM* et dont la maladie a progressé à la suite d'un traitement par un nouvel agent hormonal (NAH). La présence d'une mutation d'un gène *BRCA* ou *ATM* doit être confirmée avant de commencer le traitement par LYNPARZA.

LYNPARZA est indiqué en association avec l'abiratéron et la prednisone ou la prednisolone pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer de la prostate résistant à la castration et métastatique (CPRCm), porteurs d'une mutation germinale et/ou somatique délétère ou présumée délétère d'un gène. La présence d'une mutation de *BRCA* doit être confirmée avant de commencer le traitement par LYNPARZA.

## SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (section pour les patients)

Prénom du patient : \_\_\_\_\_ Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ Sexe : M F Autre Langue : Fr An  
Nom du représentant légal (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_  
Adresse du patient à domicile : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_  
N° de tél. à la maison : \_\_\_\_\_ Autre n° de tél. : \_\_\_\_\_  
Meilleur moment pour vous joindre : Matin Après-midi Soir  
Meilleur moyen de communication : Appel téléphonique Courriel  
**Pouvons-nous laisser un message vocal ou à une personne qui répond au téléphone?** Oui Non  
Type d'assurance : Privée Publique Ne sais pas

## SECTION 2 : CONSENTEMENT DU PATIENT (section pour les patients)

VOIR LA SECTION INTÉGRALE DE CONSENTEMENT ET PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE DU PATIENT À LA PAGE 4. VEUILLEZ VOUS ASSURER DE LIRE ET DE BIEN COMPRENDRE CES RENSEIGNEMENTS.

J'ai lu et j'ai compris le Consentement du patient et les modalités de protection de la vie privée du patient et j'accepte la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels et sur ma santé conformément à ces modalités.

**OU**

Le patient a, pour le moment, donné son consentement verbal au traitement de l'inscription et l'administrateur du programme transmettra la section Consentement et protection de la vie privée du patient à une date ultérieure.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient

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

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne qui a obtenu le consentement verbal

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date où le consentement verbal a été obtenu (JJ/MM/AAAA) :

## RENSEIGNEMENTS FACULTATIFS (section pour les patients)

**Votre décision indiquée dans les cases ci-dessous n'aura aucune incidence sur votre admissibilité aux produits et services offerts dans le cadre du programme.** Veuillez cocher la case correspondante si vous consentez à :

être mis en relation avec des organismes de défense des intérêts des patients pour des occasions d'apporter votre contribution.

Oui

Non

être contacté par l'administrateur du programme d'AstraZeneca ou une tierce partie travaillant en son nom aux fins d'une étude de marché visant à améliorer les programmes de soutien d'AstraZeneca, l'information pour le patient et le clinicien, ou les initiatives en matière d'épreuves diagnostiques.

Oui

Non

être contacté par un chef, Preuves médicales, d'AstraZeneca ou une tierce partie travaillant en son nom en vue de connaître votre intérêt à participer à une étude en situation réelle.

Oui

Non

Veillez remplir toutes les sections au complet pour garantir l'exactitude de la demande.

Envoyez le formulaire dûment rempli par télécopieur au [1-877-280-6221](tel:1-877-280-6221) ou par courriel à l'adresse [enrollment@azoncologypsp.ca](mailto:enrollment@azoncologypsp.ca).

**SECTION 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR (section pour les médecins)**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
 Nom et adresse de la clinique : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'administrateur / personne-ressource de la clinique : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Adresse de courriel de la personne-ressource de la clinique : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone de la clinique : \_\_\_\_\_ N° de télécopieur de la clinique : \_\_\_\_\_  
 Mode de communication privilégié : Courriel Télécopieur Les deux

**Point de contact secondaire** Nom : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**SECTION 4 : ADMISSIBILITÉ DU PATIENT (section pour les médecins)**

Réinitialisez la section 4

Je confirme par la présente que le patient est âgé d'au moins 18 ans et que LYNPARZA lui est prescrit pour le traitement **A) d'un cancer de l'ovaire** ou **B) d'un cancer du sein métastatique** ou **C) d'un cancer du sein précoce** ou **D) d'un cancer du pancréas** ou **E) d'un cancer de la prostate en monothérapie** ou **F) d'un cancer de la prostate en traitement d'association** appartenant à l'une des catégories ci-dessous :

Pour le traitement d'un :	Renseignements requis
A. Cancer de l'ovaire	
B. Cancer du sein métastatique	
C. Cancer du sein précoce	
D. Cancer du pancréas	
E. Cancer de la prostate en monothérapie	
F. Cancer de la prostate en traitement d'association	

**SECTION 5 : AUTORISATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR (section pour les médecins)**

J'atteste que je suis le médecin prescripteur du patient et je confirme qu'il a reçu une ordonnance du produit conformément à la monographie canadienne correspondante. J'ai prescrit ce produit à ce patient en me fondant sur mon propre discernement médical et le consentement éclairé du patient.

J'accepte que Programmes NavieGo, ou l'administrateur actuel du programme s'il diffère (l'« administrateur du programme »), communique avec moi au sujet du patient, du produit, du Programme de soutien aux patients de LYNPARZA (le « programme ») et de toute manifestation indésirable ou plainte à propos du produit. Je consens à l'utilisation des renseignements sur l'ordonnance aux fins d'administration, de surveillance et d'évaluation du programme. Mes renseignements personnels seront collectés, conservés et traités selon les modalités du présent formulaire de consentement éclairé. Les questions sur la confidentialité et la conformité peuvent être posées au responsable de la protection de la vie privée affecté au programme par courriel ([privacyofficer@bioscript.ca](mailto:privacyofficer@bioscript.ca)) ou par téléphone (1-888-734-3814).

J'autorise la pharmacie agréée du PSP à être mon mandataire désigné aux fins de transmission de cette ordonnance par télécopieur, ou par un autre mode de communication, à la pharmacie qu'a choisie le patient susmentionné. Cette ordonnance est l'original de la commande de médicament. La pharmacie choisie par le patient est le seul destinataire prévu et il n'y en a pas d'autres.

Je consens à préserver strictement le secret de tous les renseignements confidentiels qui me seront fournis à propos du programme et, à défaut du consentement écrit préalable d'AstraZeneca et de Merck, à ne pas divulguer de renseignements confidentiels à quelque tiers que ce soit.

Signature du médecin

Date (JJ/MM/AAAA) :

**SECTION 6 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE (section pour les médecins)**

Allergies : Aucune ou préciser

Posologie recommandée\* :

Réduction posologique :

LYNPARZA (olaparib) :  
 300 mg par voie orale 2 f.p.j.  
 (2 comprimés à 150 mg 2 f.p.j.)

LYNPARZA (olaparib) : dose réduite à  
 mg par voie ( x comprimés à 100 mg 2 f.p.j. /  
 orale 2 f.p.j. x comprimés à 150 mg 2 f.p.j.)

J'autorise le patient à commencer le traitement par LYNPARZA dès que son inscription au Programme de soutien aux patients aura été approuvée.

Oui Non (en attendant les résultats d'examens)  
 Non (autre raison, veuillez préciser ci-dessous)

Quantité : Provision de \_\_\_\_\_ mois Renouvellement(s) :

N° de permis :

Signature du médecin \_\_\_\_\_

\* Veuillez consulter la monographie du produit pour obtenir des renseignements complets sur la posologie et l'administration.

Date (JJ/MM/AAAA) :

Veuillez remplir toutes les sections au complet pour garantir l'exactitude de la demande.

Envoyez le formulaire dûment rempli par télécopieur au **1-877-280-6221** ou par courriel à l'adresse [enrollment@azoncologypsp.ca](mailto:enrollment@azoncologypsp.ca).

# Consentement et protection de la vie privée du patient

## À propos du programme

LYNPARZA est offert dans le cadre d'une collaboration stratégique mondiale en oncologie entre Merck et AstraZeneca. Le rôle du programme de soutien aux patients LYNPARZA (le « programme ») est d'offrir du soutien aux patients, y compris un accompagnement dans les démarches d'obtention du remboursement et/ou des services liés à LYNPARZA.

Le programme est géré par AstraZeneca Canada Inc. (« AstraZeneca ») et est administré par le tiers fournisseur Programmes NavieGo limitée et ses sociétés affiliées (l'« administrateur du programme »). AstraZeneca peut nommer, à sa seule discrétion, un nouvel administrateur du programme en tout temps.

Le programme n'a pas pour objet de fournir des conseils ni des diagnostics médicaux. Vous devez toujours demander l'avis de votre médecin si votre santé vous préoccupe. AstraZeneca se réserve le droit de modifier le programme, de le suspendre ou d'y mettre fin en tout temps et sans préavis. Vous n'êtes pas obligé de signer ce formulaire de consentement. Si vous ne signez pas ce formulaire de consentement, vous ne pourrez pas participer au programme, mais vous n'avez pas besoin de participer au programme pour obtenir le produit. Toutefois, AstraZeneca et l'administrateur du programme ne fournissent pas de soutien pour les produits qui ne sont pas obtenus dans le cadre du programme. Si vous choisissez de participer au programme, vous pouvez vous en retirer en tout temps. Vous pouvez également être retiré du programme (par exemple, si votre médecin décide de ne plus vous prescrire le produit).

## Protection de la vie privée du patient

Pour fournir les services du programme, l'administrateur du programme recueillera votre nom et vos coordonnées, des renseignements sur votre assurance et sur votre santé, y compris des renseignements sur vos ordonnances, votre état de santé et les résultats de vos tests de diagnostic (« renseignements personnels »). L'administrateur du programme peut recueillir ces renseignements directement auprès de vous, de votre assureur ou de vos professionnels de soins de santé.

L'administrateur du programme utilisera vos renseignements personnels pour :

- Fournir les services du programme, tels que la navigation des options de remboursement, la livraison des produits à domicile et le suivi du programme.
- Communiquer avec vous dans le cadre du programme; si vous avez fourni un numéro de téléphone cellulaire, cela peut inclure l'envoi de communications liées au programme par message texte, qui peut être soumis à des frais de la part de votre fournisseur de forfait téléphonique. Vous pouvez vous désabonner des messages textuels en tout temps en répondant « STOP ».

L'administrateur du programme peut partager vos renseignements personnels avec :

- AstraZeneca à des fins d'audit du programme et de dépannage et pour respecter ses obligations juridiques envers Santé Canada en matière de déclaration des manifestations indésirables et de gestion des plaintes (voir la section Innocuité des médicaments ci-dessous pour plus de détails);
- des assureurs publics et privés aux fins d'examen des options de remboursement de votre médicament;
- des professionnels de la santé qui peuvent communiquer vos renseignements personnels à vos assureurs aux fins d'examen des options de remboursement de votre médicament; et
- tout administrateur de programme successeur désigné par AstraZeneca pour administrer le programme; votre ordonnance sera également communiquée à l'administrateur successeur.

Renseignements codés : Les renseignements codés sont des informations qui ont été modifiées en remplaçant les identifiants directs par un code. Seul l'administrateur du programme détient la clé pour déchiffrer ce code. AstraZeneca accèdera à vos renseignements personnels codés à des fins de vérification et d'évaluation interne (par exemple pour déterminer si certains aspects du programme doivent être améliorés), à des fins de recherche basée sur des données obtenues en situation réelle (avec l'approbation du comité d'éthique de recherche) et pour créer des données groupées, comme décrit plus en détail ci-dessous.



LYNPARZA est offert dans le cadre d'une collaboration stratégique mondiale en oncologie entre AstraZeneca et Merck. LYNPARZA® et le logo d'AstraZeneca sont des marques déposées d'AstraZeneca AB, utilisées sous licence par AstraZeneca Canada Inc. © 2025 AstraZeneca Canada Inc. et Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, États-Unis et ses sociétés affiliées. Tous droits réservés. MERCK® est une marque déposée de Merck Sharp & Dohme LLC. Utilisée sous licence.

Données groupées : AstraZeneca peut également utiliser vos renseignements codés afin d'obtenir des données groupées entièrement anonymisées ne contenant aucun renseignement personnel (les « données groupées »). AstraZeneca peut utiliser les données groupées à toute fin légale, y compris, sans s'y limiter, pour d'autres projets de recherche, des études de marché, des publications cliniques, ainsi que pour produire des renseignements qui seront utilisés dans le cadre d'activités visant à améliorer les soins aux patients. AstraZeneca peut également partager les données groupées avec des tiers à des fins de recherche ou d'amélioration du programme. Tout tiers recevant de telles données groupées doit s'engager à ne pas tenter de les traiter en vue d'identifier des personnes, notamment en les combinant avec d'autres bases de données.

## Mesures de protection

L'administrateur du programme et AstraZeneca ont mis en place des mesures de protection physiques, administratives et techniques raisonnables pour protéger les renseignements personnels en leur possession contre la perte et le vol, ainsi que l'accès, l'utilisation ou la divulgation non autorisés. Veuillez noter qu'aucune mesure de sécurité ne peut garantir une sécurité absolue. Si vous choisissez de communiquer des renseignements personnels par courrier électronique, nous vous encourageons à utiliser des mesures de sécurité appropriées, telles que le cryptage.

L'administrateur du programme est tenu de conserver les renseignements personnels au Canada. Toutefois, les renseignements personnels codés peuvent être traités ou stockés en dehors de votre province de résidence ou en dehors du Canada, y compris en Irlande, au Mexique ou en Inde.

## Innocuité des médicaments

En vertu de la loi, AstraZeneca est tenue de déclarer les manifestations indésirables à différentes autorités sanitaires locales et internationales et d'assurer le suivi des plaintes sur les produits. Les renseignements personnels permettant de vous identifier transmis à l'administrateur du programme peuvent être i) contrôlés par AstraZeneca pour la production de données liées à l'innocuité conformément aux obligations légales de déclaration et ii) rapportés aux autorités sanitaires locales ou internationales. L'administrateur du programme ou AstraZeneca peut communiquer avec vous ou avec votre médecin pour obtenir des renseignements supplémentaires en vue de s'acquitter de ces obligations.

## Vos droits en matière de protection de la vie privée

Vous pouvez avoir le droit, en vertu de la loi applicable, de demander l'accès ou la correction de vos renseignements personnels, ou de demander que vos renseignements personnels soient transférés à une autre personne. Ces droits sont soumis aux restrictions légales applicables. Si vous retirez votre consentement, il se peut que vous ne puissiez plus participer au programme. Le retrait de votre consentement ne sera pas rétroactif et toutes les activités liées à vos renseignements personnels avant votre retrait ne seront pas touchés. Pour exercer vos droits en matière de protection de la vie privée ou pour toute question sur la confidentialité et la conformité, veuillez communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée de l'administrateur du programme par courriel ([privacyofficer@bioscript.ca](mailto:privacyofficer@bioscript.ca)) ou par téléphone (1-888-734-3814).

## Votre consentement

En signant le présent formulaire de consentement éclairé :

- Vous confirmez avoir discuté des bienfaits et des risques du produit avec votre médecin, que vous avez lu et compris le présent formulaire de consentement éclairé, et que vous consentez à être inscrit au Programme.
- Vous consentez à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels, telles qu'elles ont été décrites dans la section Renseignements sur la protection de la vie privée ci-dessus.
- Vous reconnaissez que vos consentements sont valables tant que vous participez au Programme.

Pour en savoir davantage sur le produit, veuillez consulter la section sur les renseignements destinés aux patients de la monographie de produit à l'adresse [lynparza-fr.azpm.ca](http://lynparza-fr.azpm.ca).

Veuillez consulter la monographie de produit au [lynparza-fr.azpm.ca](http://lynparza-fr.azpm.ca) pour connaître les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, les renseignements posologiques et les conditions d'usage clinique. Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit par l'entremise de notre service d'Information médicale en appelant au 1-800-461-3787.

