

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.
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).

Imfinzi, en monothérapie, est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon à petites cellules de stade limité (CPPC-SL) dont la maladie n'a pas progressé après une chimioradiothérapie (CRT) à base de sels de platine.

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

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (section à remplir par le patient)

Prénom : _____ Nom de famille : _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ Sexe : H F Autre _____ Langue : Fr An _____
Nom du représentant légal (s'il y a lieu) : _____
Adresse du domicile : _____ Ville : _____
Province/Territoire : _____ Code postal : _____
Adresse courriel : _____
Numéro de cellulaire : _____ 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 sur une boîte vocale ou à une personne qui répond au téléphone? Oui Non
Type d'assurance : Privée Publique Ne sais pas

SECTION 2 : CONSENTEMENT DU PATIENT (section à remplir par le patient)

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 compris la section « Consentement et protection de la vie privée du patient » au verso et j'accepte la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels et de mes renseignements sur la 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

Nom de la personne qui a obtenu le consentement verbal

Signature

Date (JJ/MM/AAAA)

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.

Consentez-vous à :

- Oui Non** Être contacté par un chef, Preuves médicales, d'AstraZeneca ou une tierce partie travaillant au nom d'AstraZeneca en vue de connaître votre intérêt à participer à une étude en situation réelle.
- Oui Non** 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.

SECTION 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR (section à remplir par le médecin)

Prénom : _____ Nom : _____
Nom et adresse de la clinique : _____
Nom de l'administrateur/la personne-ressource de la clinique : _____
Ville : _____ Province/Territoire : _____
Code postal : _____ Adresse 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 à remplir par le médecin)

Je confirme par la présente avoir prescrit Imfinzi au patient adulte pour le traitement d'un cancer du poumon à petites cellules de stade limité (CPPC-SL) dont la maladie n'a pas progressé après une chimioradiothérapie (CRT) à base de sels de platine.

Renseignements obligatoires :

Indice fonctionnel ECOG : 0 1 2 3 ou plus

Sélectionnez le type de CRT (étoposide + carboplatine/cisplatine) que le patient a reçu :

Séquentielle

Concomitante

Date de fin de la CRT (jj/mm/aaaa) : _____

Date prévue de la première perfusion d'IMFINZI (jj/mm/aaaa) : _____

Le patient a-t-il terminé la radiothérapie par l'un des traitements suivants?

Total de 60 à 66 Gy sur 6 semaines (traitement standard 1 f.p.j.)

Total de 45 Gy sur 3 semaines (séance d'irradiation hyperfractionnée 2 f.p.j.)

Total de 40 à 45 Gy sur 3 semaines (séance d'irradiation accélérée 1 f.p.j.)

Autre : _____

SECTION 5 : AUTORISATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR (section à remplir par le médecin)

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 limitée et ses sociétés affiliées, 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 en oncologie d'AstraZeneca (le « programme ») et de toute manifestation indésirable ou de 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 recueillis, 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) ou par téléphone (1-888-734-3814).

Dans le contexte du programme, j'autorise l'administrateur du programme à être mon mandataire désigné aux fins de transmission de l'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.

Je m'engage à préserver strictement le secret de tous les renseignements confidentiels qui me sont fournis à propos du programme et, à défaut du consentement écrit préalable d'AstraZeneca, 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 à remplir par le médecin)



Initiales du patient :

Allergies : Aucune ou préciser :

Voie d'administration : perfusion intraveineuse

Posologie recommandée :

La dose recommandée d'Imfinzi est de 1500 mg toutes les 4 semaines. Le traitement doit se poursuivre pendant 24 mois ou jusqu'à la progression de la maladie ou l'apparition d'effets toxiques inacceptables.

Les patients dont le poids corporel est de 30 kg ou moins doivent recevoir une dose basée sur le poids, équivalant à 20 mg/kg d'Imfinzi toutes les 4 semaines en monothérapie jusqu'à ce que le poids soit supérieur à 30 kg.

Consultez la monographie d'IMFINZI pour obtenir de plus amples renseignements sur la posologie, l'administration et l'ajustement posologique en cas d'effet indésirable. Veuillez consulter également les renseignements thérapeutiques complets des agents chimiothérapeutiques appropriés, dans leur monographie respective.

Directive médicale :

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

Cette directive médicale est valable pendant les 6 semaines suivant la réception de l'inscription.

Oui Non

N° de permis : _____ Signature du médecin : _____

Date (JJ/MM/AAAA) : _____

Veuillez consulter la [monographie](#) pour obtenir les renseignements complets sur la posologie.

Consentement et protection de la vie privée du patient

À propos du programme

Le programme de soutien aux patients en oncologie d'AstraZeneca (le « programme ») a pour objet de fournir aux patients un accompagnement.

Le programme est géré par AstraZeneca Canada Inc. (« AstraZeneca ») et est administré par le tiers fournisseur NavieGo Patient Programs Ltd & Affiliates (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.
- de déclaration des manifestations indésirables et de gestion des plaintes.

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.

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 qui reçoit des données groupées doit s'engager à ne pas tenter de rendre les renseignements personnellement identifiables, en les intégrant, par exemple, à 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 ou par téléphone (1-888-734-3814).

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 <https://www.astrazeneca.ca/fr/our-medicines.html>.

Consultez la [monographie d'IMFINZI](#) pour obtenir des renseignements importants concernant les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, la posologie et les conditions d'usage clinique. Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit en nous appelant au 1-800-461-3787.



IMFINZI® est une marque déposée d'AstraZeneca AB, utilisée sous licence par AstraZeneca Canada Inc. Le logo d'AstraZeneca est une marque déposée d'AstraZeneca AB, utilisée sous licence par AstraZeneca Canada Inc. © 2025 AstraZeneca Canada Inc.



CA-10504F