

Renseignements sur le patient ou la patiente

Prénom : _____ Nom de famille : _____ DDN (JJ/MM/AAAA) : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____ NAM : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Nom de l'assureur : _____ No de groupe : _____ No de certificat : _____

La patiente est-elle enceinte? ☐ Oui ☐ Non Âge gestationnel (semaines) : _____

Allergies : _____ Traitement envisagé : _____

Meilleur temps pour vous joindre : L'équipe AccèsLiaison peut-elle vous laisser un message?
☐ Matin ☐ Après-midi ☐ Soirée ☐ Oui ☐ Non

Représentant autorisé (s'il y a lieu)
Nom : _____ Téléphone : _____ Courriel : _____

Prescription de vaccins

Hépatites A et B

☐ **Twinrix (calendrier rapide) - IM**
1 mL administré le jour 0, le jour 7 et le jour 21 suivis d'une dose de rappel à 12 mois pour un total de 4 doses

Hépatite B

☐ **Engerix-B – 20 mcg/dose** - Administré en dose de 20 mcg (1 mL)
IM aux mois 0, 1 et 6 après la dose initiale
☐ **Engerix-B – 20 mcg/dose** - Administré en dose de 20 mcg (1 mL)
IM aux mois 0, 1, 2 et 6 après la dose initiale
☐ **Engerix-B - 40 mcg/dose** - Administré en dose de 20 mcg (1 mL)
IM dans **chaque bras** aux mois 0, 1, 2 et 6 après la dose initiale

Papillome humain

☐ **Gardasil 9** - Une dose de 0,5 mL IM au mois 0, une deuxième dose de 0,5 mL IM 2 mois après, une troisième dose de 0,5 mL IM 6 mois après la première dose

Rougeole, rubéole, Oreillons (vaccin vivant atténué)

☐ **M-M-R II** - Une dose de 0,5 mL SC
☐ **M-M-R II** - Une dose de 0,5 mL SC suivie d'une deuxième de 0,5 mL SC (minimum de 4 semaines après)

Varicelle (vaccin vivant atténué)

☐ **Varivax** - Une dose de 0,5 mL SC
☐ **Varivax** - Une dose de 0,5 mL SC suivie d'une deuxième de 0,5 mL SC (minimum de 4 semaines après)

Méningocoque

☐ **Menveo, Menquadfi** - Une dose de 0,5 mL IM

Pneumocoque

☐ **Prenar 20** - Une dose de 0,5 mL IM

Polio

☐ **Imovax** - Une dose de 0,5 mL SC suivie d'une deuxième dose après 4 à 8 semaines. Troisième dose entre 6 à 12 semaines après la deuxième dose
☐ **Imovax** - Une dose de 0,5 mL SC comme dose de rappel chez les adultes si plus de 10 ans depuis la vaccination primaire

Virus respiratoire syncytial

☐ **Abrysvo** - Une dose de 0,5 mL IM

Zona

☐ **Shingrix** - Une dose de 50 mcg (0,5 mL) IM au mois 0, suivie d'une deuxième dose de 50 mcg IM entre 2 à 6 mois après (malgré que non privilégié, la deuxième dose peut être administrée après 4 semaines).

Tétanos, diphtérie, coqueluche

☐ **Adacel, Boostrix** - Une dose de 0,5 mL IM
☐ **Adacel, Boostrix** - Une dose de 0,5 mL IM à la semaine 0 et ensuite à la semaine 4 et 6 mois après la première dose

Autres directives :

Avez-vous confirmé les antécédents de vaccination du patient pour confirmer que les vaccins sélectionnés sont appropriés?
☐ Oui ☐ Non Le pharmacien doit réviser les vaccins prescrits et les délivrer, le cas échéant.

Autorisation médicale

☐ Le (La) patient(e) a besoin d'une analyse sanguine pour la tuberculose QuantiFERON avant de commencer le traitement.
☐ Le (La) patient(e) a besoin d'un test de sérologie virale avant de commencer le traitement.

Commentaires additionnels :

Consentement du patient/de la patiente et signature

☐ Le (La) patient(e) ou son représentant autorisé a consenti à être contacté(e) par AccèsLiaison pour du soutien à la navigation et accepte les modalités des **Sections A et B de ce formulaire**.

Signature du patient (ou représentant autorisé) : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

Consentement verbal reçu par : _____

Autorisation du prescripteur

En signant ce formulaire, le prescripteur affirme l'information ci-jointe et certifie que : Le prescripteur a parlé des services d'AccèsLiaison avec le (la) patient(e) ou son représentant autorisé, et il (elle) consent à être contacté(e) par AccèsLiaison comme indiqué. Le prescripteur autorise AccèsLiaison à agir comme agent désigné aux fins de faire parvenir l'ordonnance à la pharmacie du patient. Cette ordonnance représente l'original de la prescription. L'ordonnance originale a été invalidée et archivée de façon sécuritaire, et elle ne sera pas plus transmise ou utilisée ailleurs.

Nom du prescripteur (script) : _____ Téléc. : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ No de permis : _____

Signature du prescripteur : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

A. Survol des services d'AccèsLiaison

Les services d'aide à la recherche de médicaments d'AccèsLiaison (« **AccèsLiaison** ») offerts et administrés par BioScript visent à simplifier l'accès aux soins et aux médicaments pour les patients et patientes par l'entremise de soutien administratif et de la coordination du remboursement des médicaments (les « Services »). Dans le cadre de mon inscription aux services, je comprends que l'on m'offrira des services gratuits et confidentiels de soutien aux patients, y compris, sans toutefois s'y limiter, du soutien administratif, de l'aide à la recherche de médicaments et de l'aide au remboursement, et qu'il est possible que l'on communique avec moi par téléphone, par courriel ou autrement.

Voici des exemples de services offerts :

- l'évaluation des options d'avantages sociaux et l'aide au remboursement, notamment pour préciser les exigences et les critères d'admissibilité aux options de couverture potentielles en vue d'obtenir de l'aide financière;
- la coordination et la soumission des documents et formulaires requis afin de faciliter l'obtention de la couverture d'assurance pour les médicaments prescrits;
- la coordination avec les programmes de soutien aux patients offerts et l'inscription à ceux-ci;
- la coordination des services médicaux, y compris les services de pharmacie, les services cliniques, et d'autres services paramédicaux;
- d'autres services qui peuvent être offerts par AccèsLiaison.

AccèsLiaison n'offre pas de conseils médicaux ou de diagnostics médicaux. Vous acceptez de consulter le médecin responsable de votre traitement ou d'autres prestataires de soins qualifiés si vous avez des préoccupations au sujet de votre santé et de ne pas ignorer leurs conseils médicaux professionnels en raison de l'information obtenue d'AccèsLiaison. AccèsLiaison se réserve le droit de modifier, d'interrompre ou de cesser la prestation de services en tout temps, sans préavis.

Vous confirmez avoir lu les modalités de consentement ci-dessous et vous consentez au transfert de vos renseignements personnels, vos renseignements sur la santé et votre ordonnance (le cas échéant) à AccèsLiaison.

B. Consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels

Quels renseignements sont visés? Par la présente, vous autorisez AccèsLiaison à recueillir, à utiliser et à divulguer vos renseignements personnels et vos renseignements sur la santé, y compris les suivants, afin de vous procurer ses services :

- les renseignements sur l'assurance maladie et l'assurance médicaments;
- les renseignements sur l'ordonnance;
- les interactions médicamenteuses;
- les renseignements sur les effets indésirables;
- les problèmes médicaux et les antécédents;
- les dates de livraison des médicaments et les dates de traitement;
- les renseignements personnels (nom, adresse, coordonnées).

Avec qui partagerons-nous ces renseignements? AccèsLiaison peut recueillir, utiliser et divulguer vos renseignements personnels et vos renseignements sur la santé au besoin afin de vous offrir ses services, y compris dans le cadre d'échanges avec vos prestataires de soins (médecin, infirmier[-ère] praticien[ne], pharmacien[ne], etc.), votre pharmacie préférée, votre assureur ou fournisseur d'avantages sociaux public ou privé, et tout programme de soutien aux patients (PSP) auquel vous vous inscrivez ou inscrirez. Vous autorisez AccèsLiaison à recueillir vos renseignements personnels et vos renseignements sur la santé auprès des personnes et des entreprises nommées ci-dessus ou à les divulguer à celles-ci.

Quel est le but? Le but de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation de vos renseignements personnels et de vos renseignements sur la santé est de vous offrir les services, notamment l'aide au remboursement des médicaments et les déclarations d'effets indésirables, et d'aider votre PSP, vos prestataires de soins et votre pharmacie préférée à vous offrir leurs services. AccèsLiaison utilisera vos renseignements pour vous offrir les services et peut également s'en servir sous forme d'informations agrégées ou anonymisées afin d'améliorer ses produits et services.

Les renseignements personnels et les renseignements sur la santé recueillis dans le cadre de l'inscription au programme seront protégés contre la perte et le vol ainsi que contre la divulgation, la copie, l'utilisation, l'altération et l'accès non autorisés à l'aide de mesures de protection physiques, administratives et techniques raisonnables.

Quelle est la durée du consentement? Le consentement prend effet dès la date indiquée ci-dessus et demeure en vigueur tant et aussi longtemps que vous recevez les services, et il le demeurera pendant une période raisonnable après la fin des services. Vous pouvez refuser ou révoquer votre consentement en tout temps. Si vous refusez le consentement, AccèsLiaison ne sera pas en mesure de vous fournir les services. Si vous révoquez votre consentement, AccèsLiaison ne sera plus en mesure de vous fournir les Services, mais la révocation ne s'appliquera pas rétroactivement.

Vos obligations :

- a) Vous devez nous aviser si votre inscription au(x) PSP prend fin pour une raison quelconque ou s'il y a des changements aux prestataires de soins responsables de votre traitement ou à votre pharmacie préférée.
- b) Vous devez nous fournir des informations et des mises à jour exactes pour que nous puissions vous offrir les services.

Reconnaissance :

- a) Je comprends que mes renseignements personnels et mes renseignements sur la santé peuvent quitter ma province de résidence et peuvent être stockés ou traités à l'extérieur du Canada. Le cas échéant, mes renseignements seraient soumis aux lois du pays où ils sont stockés et pourraient être divulgués à son gouvernement conformément à des circonstances différentes qu'au Canada.

- b) Je comprends la raison pour laquelle on m'a demandé de donner mon consentement à la divulgation de mes renseignements personnels et de mes renseignements sur la santé, et je suis au courant des risques et des avantages associés à donner ou à refuser mon consentement.
- c) Je peux poser toute question au sujet de la confidentialité et de la conformité ou exercer mon droit à la vie privée en communiquant avec l'agent ou l'agente de la protection de la vie privée par courriel (privacyofficer@bioscript.ca) ou par téléphone (1-888-734-3814).
- d) Je comprends que je peux révoquer mon consentement en tout temps en envoyant un message écrit à AccèsLiaison aux coordonnées ci-dessous.

Services d'aide à la recherche de médicaments d'AccèsLiaison

Pour l'inscription des patients et patientes : veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à AccèsLiaison par télécopieur au 1-855-278-5182. Pour obtenir de l'aide : envoyez un courriel à accesslink@bioscript.ca ou téléphonez-au 1-888-398-0028. Veuillez noter que l'équipe d'AccèsLiaison vérifie les messages quotidiennement et y répond dans un délai de deux (2) jours ouvrables.