

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli  
aux coordonnées suivantes :

1-877-978-1971

1-844-662-7827

OU

info@serviersource.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT	
Nom du patient :	
Sexe : Homme Féminin Autre	
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	
N° de téléphone principal :	Messagerie vocale : <input type="radio"/> N
Autre n° de téléphone :	Messagerie vocale : <input type="radio"/> N
Meilleur moment pour communiquer : Matin Après-midi	
Courriel :	
Adresse :	
Ville :	
Province :	Code postal :
Langue préférée : Anglais Français Autre :	
RENSEIGNEMENTS SUR L'AIDANT	
Nom :	
N° de téléphone principal :	Messagerie vocale : <input type="radio"/> N
Langue préférée : Anglais Français Autre :	

POLICE D'ASSURANCE DU PATIENT		
<b>Cochez toutes les cases qui s'appliquent :</b>		
Couverture d'assurance publique	Couverture d'assurance privée	Pas de couverture d'assurance

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR	
Nom du prescripteur :	
N° de licence :	
Nom de l'établissement :	
Adresse :	
Ville :	
Province :	Code postal :
Personne-ressource de l'établissement :	
Moyen de com. privilégié : Courriel Téléphone Télécopieur	
Téléphone :	Télécopieur :
Courriel :	

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE	
 <b>VORANIGO<sup>MC</sup></b> (comprimés de vorasidenib), doses de 10 et 40 mg	
VORANIGO est indiqué pour le traitement de l'astrocytome ou de l'oligodendrogliome de grade 2 <sup>a</sup> porteur d'une mutation sensible de l'isocitrate déshydrogénase 1 (IDH1) ou de l'isocitrate déshydrogénase 2 (IDH2) chez des adultes et des enfants âgés de 12 ans ou plus à la suite d'une intervention chirurgicale. Le traitement par VORANIGO est prescrit après confirmation d'une mutation des gènes IDH1 ou IDH2 au moyen d'un test validé.	
<b>Posologie:</b> Patients pesant ≥ 40 kg : Dose initiale : 40 mg une fois par jour (DIE) par voie orale (1 comprimé de 40 mg DIE) Autre : _____ Patients pesant < 40 kg : Dose initiale : 20 mg DIE par voie orale (2 comprimés de 10 mg DIE) Autre : _____	
<b>Durée :</b> 30 jours Autre : _____ <b>Renouvellements :</b> _____ <b>Date de début du traitement :</b> _____	
<b>Lieu de livraison :</b> Domicile Clinique Autre : _____	

DÉCLARATION DU MÉDECIN	
J'atteste que l'état de mon patient correspond à l'indication mentionnée ci-dessus et à la monographie du produit VORANIGO.	
Je confirme par la présente que (i) je suis le médecin prescripteur du patient; (ii) j'autorise Sentrex à être mon agent désigné pour transmettre cette ordonnance par télécopieur, ou par tout autre moyen, à la pharmacie choisie par la personne susmentionnée; (iii) je prescrirai le produit Vorranigo conformément à la monographie du produit et surveillerai le patient; (iv) je signalerai tout événement indésirable au fournisseur du programme dans les 24 heures suivant la notification d'un événement présumé. Cette ordonnance représente la commande originale de médicaments sur ordonnance pour le patient. La pharmacie choisie par le patient est le seul destinataire prévu et il n'y en a pas d'autres. Sous réserve du consentement du patient, je consens à ce que le fournisseur du programme ou Servier Canada Inc. recueillent mes renseignements personnels susmentionnés pour communiquer avec moi au sujet du patient, afin de contribuer au programme et aux soins du patient. Je consens au transfert de mes renseignements personnels en cas de changement de fournisseur du programme. J'accepte que mes renseignements, y compris mes renseignements personnels, soient utilisés par Servier Canada Inc., ou ses agents, pour des raisons liées à l'amélioration, à la surveillance et à la vérification de ses programmes, ou à des fins commerciales ou d'études de marché, et dans la mesure où la loi l'exige ou le permet. J'ai lu le formulaire de consentement du patient et je consens à ce que mon patient soit inscrit au programme de soutien aux patients de Servier Source.	
Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU PATIENT			
Date de la première intervention chirurgicale du patient (MM/AAAA): _____		Date de l'intervention chirurgicale ultérieure (le cas échéant) (MM/AAAA): _____	
Détails de l'intervention/étendue de la résection :		Détails de l'intervention/étendue de la résection :	
Biopsie	Résection subtotal (50 à 95 %)	Biopsie	Résection subtotal (50 à 95 %)
Résection partielle (< 50 %)	Résection totale (> 95 %)	Résection partielle (< 50 %)	Résection totale (> 95 %)
Autre : _____		Autre : _____	
Autres traitements anticancéreux du gliome : Radiothérapie (RT) Chimiothérapie (CT) Les deux (RT et CT)			

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ DU PATIENT	
Veuillez cocher les cases qui s'appliquent à ce patient. Veuillez noter qu'il est de votre responsabilité de vous assurer que les critères d'admissibilité sont remplis par le patient.	
Je confirme que la présence d'une mutation de l' <b>IDH1</b> a été confirmée chez le patient au moyen d'un test validé.	<input type="checkbox"/> Oligodendrogliome, mutation des gènes IDH1 ou IDH2, grade 2
Je confirme que la présence d'une mutation d' <b>IDH2</b> a été confirmée chez le patient au moyen d'un test validé.	<input type="checkbox"/> Astrocytome, mutation des gènes IDH1 ou IDH2, grade 2
Je confirme que des tests de la fonction hépatique du patient ont été effectués conformément aux recommandations, et qu'en cas d'observation d'un taux élevé de transaminases hépatiques, la dose du patient a été réduite de manière appropriée ou son traitement par VORANIGO interrompu.	<input type="checkbox"/> La patiente n'est PAS enceinte et n'allait pas ou le patient (homme ou femme) utilise un contraceptif non-hormonal.

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli  
aux coordonnées suivantes :

1-877-978-1971

1-844-662-7827 OU info@serviersource.ca

## Consentement du patient

En signant ci-dessous, je confirme que j'ai lu le présent formulaire, y compris les conditions générales du programme, ou qu'il m'a été lu et que je l'ai compris. J'accepte d'être inscrit au Programme de soutien aux patients de Servier Source et j'autorise l'utilisation et la divulgation de mes renseignements décrites à la page 2 du présent formulaire.

Signé par : patient représentant légal Signature : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Consentement verbal obtenu auprès du : patient représentant légal

Nom du représentant légal : \_\_\_\_\_ Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

Consentement verbal obtenu par : \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

## Conditions générales du programme

**Je confirme que je souhaite m'inscrire au Programme de soutien aux patients de Servier Source (« programme »), géré par Sentrex Health Solutions (« fournisseur du programme ») et commandité par Servier Canada Inc. (« commanditaire »), le fabricant de VORANIGO. Je comprends et j'accepte ce qui suit :**

- Les renseignements personnels et relatifs à la santé me concernant, y compris mon nom, mes coordonnées, mes renseignements financiers et mes données d'assurance, mes antécédents médicaux, mon état de santé, les renseignements relatifs à mon traitement, les renseignements relatifs à mon assurance maladie et les renseignements relatifs aux ordonnances (collectivement appelés « renseignements personnels sur la santé »), seront recueillis par le fournisseur du programme auprès de moi et de mes professionnels de la santé (y compris mon médecin, mon infirmière ou mon pharmacien), des assureurs publics et privés, des autorités gouvernementales et d'autres sources qui détiennent des renseignements me concernant pertinents pour la prestation des services du programme, conformément à toutes les lois applicables, y compris la loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (Canada) et les lois sur la protection des renseignements personnels pertinentes dans ma province de résidence. Les renseignements personnels sur la santé seront recueillis pour permettre mon inscription au programme et pour me permettre de recevoir les traitements médicaux et les services liés au programme.
- Le fournisseur du programme protégera mes renseignements personnels sur la santé grâce à des mesures de protection conformes aux normes du secteur et ne les stockera, ne les utilisera ou ne les divulguera qu'aux fins spécifiées dans le présent document ou dans la mesure où la loi l'autorise ou l'exige. Seules les personnes qui ont besoin de voir mes renseignements personnels de santé seront autorisées à y accéder. Mes renseignements personnels sur la santé ne seront conservés que pour la durée nécessaire à la réalisation des objectifs de la collecte et pour la période requise pour se conformer aux exigences légales.
- Je peux à tout moment demander l'accès ou la correction de mes renseignements personnels ou poser des questions sur la protection de la vie privée en communiquant avec le fournisseur du programme par téléphone au 1-877-978-1971 ou par courriel à l'adresse : [privacy@sentrex.com](mailto:privacy@sentrex.com).
- Mes renseignements personnels peuvent être traités ou conservés en dehors de ma province de résidence ou du Canada (y compris les États-Unis). Cela signifie qu'ils peuvent être soumis à des lois sur la protection de la vie privée différentes de celles qui s'appliquent dans ma province de résidence.
- Le fournisseur du programme peut partager mes renseignements personnels sur la santé avec le commanditaire et les catégories de tiers suivantes afin de signaler les effets indésirables des médicaments, de suivre les plaintes relatives aux produits ou d'assurer la continuité des services du programme, dans le but d'administrer le programme ou de me contacter à des fins de recherche : sociétés affiliées, autorités sanitaires, nouvel administrateur du programme et tiers fournisseur de recherche.
- Mes renseignements personnels sur la santé peuvent être anonymisés et utilisés à des fins de recherche, d'éducation ou à d'autres fins commerciales, y compris en les combinant avec d'autres données. Dans de telles circonstances, mes renseignements personnels sur la santé ne seront pas divulgués ou partagés d'une manière qui permettrait de m'identifier.
- La participation au programme est volontaire et n'est pas nécessaire pour accéder au traitement VORANIGO. Je peux retirer mon consentement à tout moment en envoyant une demande signée au fournisseur de programme par télécopieur au 1-844-662-7827 ou à l'adresse suivante : [info@serviersource.ca](mailto:info@serviersource.ca). Dans ce cas, je comprends que ma capacité à bénéficier des services du programme peut être limitée et que le programme peut conserver des renseignements personnels sur la santé afin de se conformer à ses exigences légales et réglementaires.
- Le fournisseur du programme ou un autre tiers fournisseur de recherche désigné (au nom du commanditaire) peut communiquer avec moi par n'importe quel moyen (téléphone, message texte, courriel, courrier, etc.) afin d'administrer ou d'améliorer le programme (y compris à des fins d'assurance qualité, de recherche, d'enquêtes de satisfaction et de recherche et d'analyse de données réelles).
- Le commanditaire a l'obligation légale de signaler les effets indésirables des médicaments à Santé Canada et le fournisseur du programme peut divulguer mes renseignements personnels sur la santé à Servier Canada Inc. et à Santé Canada dans le but de signaler tout effet indésirable des médicaments que je subis.
- Le commanditaire se réserve le droit de modifier le programme ou les conditions d'admissibilité ou de mettre fin au programme à tout moment et sans préavis. Je serai informé(e) par écrit de tout changement concernant le programme ou le fournisseur du programme.
- Je confirme que je suis citoyen ou résident canadien et que je vis actuellement au Canada.
- Ma signature (en tant que patient ou représentant légal) sur le présent formulaire confirme que j'ai lu et compris les déclarations ci-dessus et que j'en accepte les conditions.

Consultez la monographie de VORANIGO sur [servier.ca/fr/nos-produits/](http://servier.ca/fr/nos-produits/) pour obtenir des renseignements importants sur les conditions d'utilisation clinique, les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions et la posologie. La monographie de produit est également disponible en appelant le 1-800-663-0839.