

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS SOUS TRAITEMENT IMMUNO-ONCOLOGIQUE (I-O)**

Numéro de téléphone sans frais : 1-877-967-6626 | Télécopieur : 1-800-572-4971 | Courriel : [opdivo@bayshore.ca](mailto:opdivo@bayshore.ca)

**RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT L'INSCRIPTION**

Tous les patients doivent s'inscrire au programme de soutien aux patients sous traitement I-O pour recevoir des services du programme. Pour inscrire de nouveaux patients, veuillez suivre les étapes 1, 2 et 3.

**ÉTAPE 1 :** Veuillez remplir la section 1 – Renseignements sur le patient et consentement du patient. **Veuillez vous assurer que le consentement du patient a été saisi ci-dessous**, car il est nécessaire pour traiter cette demande.

**ÉTAPE 2 :** Veuillez vous assurer de **ne remplir que la section 2 pour l'indication en question** :

- **OPDIVO, YERVOY OU OPDIVO + YERVOY** – page 2
- **OPDUALAG** – page 3

**ÉTAPE 3 :** Une fois rempli, faites parvenir le formulaire d'inscription par télécopieur au programme de soutien aux patients pour l'I-O au 1-800-572-4971 ou par courriel à [opdivo@bayshore.ca](mailto:opdivo@bayshore.ca).

**SECTION 1 – Renseignements sur le patient**

\* Indique un champ obligatoire.

Prénom* :	Nom* :
Genre* : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (jj/mm/aaaa)* :
Poids : _____ kg _____ lb	
Adresse* :	Ville* :
Province* :	Code postal* :
Téléphone* :	Courriel :
Méthode de contact préférée : <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel	Meilleur moment pour le contacter : <input type="checkbox"/> Avant-midi <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Soirée <input type="checkbox"/> Permission de laisser un message <input type="checkbox"/> Ne pas laisser de message

**Veuillez cocher les services pour lesquels le patient a besoin d'aide :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Évaluation de l'admissibilité au programme d'accès aux patients                 | <input type="checkbox"/> Soutien pour le remboursement   |
| <input type="checkbox"/> Le patient payera le traitement de sa poche                                     | <input type="checkbox"/> Assistance financière   |
| <input type="checkbox"/> Clinique de perfusion (coordination de la perfusion dans les cliniques privées) | <input type="checkbox"/> Appels de suivi par rapport aux réactions indésirables à médiation immunitaire (RIMI) |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____   |  |

**Consentement du patient**

J'ai lu et j'accepte les modalités du programme ainsi que l'énoncé de confidentialité qui se trouve dans ce formulaire – Annexe A.

**CONSENTEMENT D'INSCRIPTION DU PATIENT AUX PROGRAMMES ET SERVICES (REQUIS)**

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Le patient a donné son consentement verbal

Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Obtenu par : Nom : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Veillez remplir cette page de la section 2 pour **OPDIVO**, **YERVOY** ou **OPDIVO + YERVOY**.

Pour **OPDUALAG**, référez-vous à la page 3.

**SECTION 2 – Veillez remplir cette page pour OPDIVO, YERVOY ou OPDIVO + YERVOY.**

Veillez indiquer le diagnostic :

Stade de la maladie associé à la demande :

Ligne de traitement associée à la demande :

**INFORMATIONS CLINIQUES**

Histologie : \_\_\_\_\_

Marqueurs tumoraux ou statut mutationnel : \_\_\_\_\_

Date de la résection (si traitement adjuvant) : jj/mm/aaaa \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT(S) ANTÉRIEUR(S), S'IL Y A LIEU**

Ligne de traitement	Protocole de traitement	Type/dose	Date de début jj/mm/aaaa	Date de fin jj/mm/aaaa	Raison de l'arrêt du traitement

**Renseignements sur l'ordonnance**

Veillez remplir l'ordonnance ci-dessous. Une fois remplie, veuillez nous la faire parvenir par télécopieur au 1-800-572-4971 ou par courriel à [opdivo@bayshore.ca](mailto:opdivo@bayshore.ca).



Veillez consulter la monographie d'OPDIVO à l'adresse [https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph\\_fr/OPDIVO\\_FR\\_PM.pdf](https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph_fr/OPDIVO_FR_PM.pdf) pour connaître la dose recommandée.

**Posologie demandée**

Dose d'OPDIVO par perfusion : \_\_\_\_\_mg  
toutes les \_\_\_\_\_ semaines pour \_\_\_\_\_ répétitions



Veillez consulter la monographie de YERVOY à l'adresse [https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph\\_fr/YERVOY\\_FR\\_PM.pdf](https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph_fr/YERVOY_FR_PM.pdf) pour connaître la dose recommandée.

**Posologie demandée**

Dose de YERVOY par perfusion : \_\_\_\_\_mg  
toutes les \_\_\_\_\_ semaines pour \_\_\_\_\_ répétitions

**Autorisation du médecin\***

J'atteste que je suis  
le médecin prescripteur.

Signature : \_\_\_\_\_

N° de permis d'exercice : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

\* Veuillez noter que pour les patients recevant la perfusion dans des cliniques spécialisées (hors de l'hôpital) et pour l'inscription aux programmes d'accès aux patients, ce formulaire doit obligatoirement être signé par un médecin pour être considéré comme une ordonnance valide.

**Veillez remplir cette page de la section 3 pour OPDUALAG.**

Pour tous les traitements **OPDIVO**, **YERVOY** ou **OPDIVO + YERVOY**, voir la page 2.

### SECTION 3 – Veillez remplir cette page pour OPDUALAG

Veillez indiquer le diagnostic :

Stade de la maladie associé à la demande :

Ligne de traitement associée à la demande :




#### INFORMATIONS CLINIQUES

Indice fonctionnel ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) :  0  1  2  3

Formule sanguine complète (si disponible) : \_\_\_\_\_

Histologie : \_\_\_\_\_

Statut mutationnel de BRAF :  Type sauvage  Muté  Inconnu  En attente des résultats

Marqueurs de pronostic (p. ex., expression de PD-L1) : \_\_\_\_\_

Stade M :  M0  M1a(0)  M1a(1)  M1b(0)  M1b(1)  M1c(0)  M1c(1)  
 M1d(0)  M1d(1)

#### TRAITEMENT(S) ANTÉRIEUR(S)

Ligne de traitement	Protocole de traitement	Type/dose	Date de début jj/mm/aaaa	Date de fin jj/mm/aaaa	Raison de l'arrêt du traitement

#### Renseignements sur l'ordonnance

Veillez remplir l'ordonnance ci-dessous. Une fois remplie, veuillez nous la faire parvenir par télécopieur au 1-800-572-4971 ou par courriel à [opdivo@bayshore.ca](mailto:opdivo@bayshore.ca).



Veillez consulter la monographie d'OPDUALAG à l'adresse [https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph\\_fr/OPDUALAG\\_FR\\_PM.pdf](https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph_fr/OPDUALAG_FR_PM.pdf) pour connaître la dose recommandée.

#### Posologie demandée

Dose d'OPDUALAG par perfusion : \_\_\_\_\_ flacons de 240 mg de nivolumab et de 80 mg de relatlimab toutes les \_\_\_\_\_ semaines

Remarque : la dose et fréquence recommandées d'OPDUALAG pour les adultes et enfants âgés de 12 ans et plus et pesant au moins 40 kg est 480 mg de nivolumab et 160 mg de relatlimab (2 flacons) toutes les 4 semaines.

#### Autorisation du médecin\*

J'atteste que je suis

le médecin prescripteur.

Signature : \_\_\_\_\_

N° de permis d'exercice : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

\* Veuillez noter que pour les patients recevant la perfusion dans des cliniques spécialisées (hors de l'hôpital) et pour l'inscription aux programmes d'accès aux patients, ce formulaire doit obligatoirement être signé par un médecin pour être considéré comme une ordonnance valide.

### SECTION 3 – RÉGIME D'ASSURANCE PRIVÉ (LE CAS ÉCHÉANT)

Demandez au patient de fournir les informations relatives à sa couverture par un régime d'assurance privé.

Ce patient est couvert par le régime d'assurance privé suivant :

	Assureur	Nom du participant au régime	N° de police	N° de certificat	Formulaire d'autorisation préalable envoyé?
Régime d'assurance principal					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Régime d'assurance secondaire					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

Site/endroit de perfusion choisi (le cas échéant) : \_\_\_\_\_  En discuter avec le patient pour choisir

### SECTION 4 – Renseignements sur le médecin prescripteur

Prénom du médecin\* :

Nom du médecin\* :

Nom de la clinique ou de l'hôpital :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone\* :

Télécopieur\* :

Courriel :

Méthode de contact préférée :  Téléphone  Courriel

### SECTION 5 – Coordonnateur principal de la personne

(Personne responsable des services offerts au patient, notamment l'inscription, le remboursement et la coordination des perfusions)

Prénom :

Nom :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

### SECTION 6 – Personne-ressource principale à la pharmacie (requis seulement si le traitement est administré dans votre établissement)<sup>†</sup>

Prénom :

Nom :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Renseignements relatifs à l'expédition (expédier à) :

<sup>†</sup> Certains régimes privés pourraient accepter de rembourser le traitement seulement si celui-ci est administré à l'extérieur d'un établissement hospitalier.

J'autorise l'Administrateur du Programme à agir, dans le cadre du Programme, à titre d'agent désigné pour faire parvenir en mon nom cette ordonnance, par télécopieur ou par tout autre moyen d'expédition, à la pharmacie choisie par le patient dont le nom est indiqué ci-dessus. Cette ordonnance représente la commande de médicament sur ordonnance originale. L'ordonnance originale ne sera pas réutilisée.

**REMARQUE :** Veuillez remplir la section 1 et vous assurer d'obtenir le consentement du patient.

**Pour plus d'information :**

Veillez consulter la monographie d'OPDIVO à [https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph\\_fr/OPDIVO\\_FR\\_PM.pdf](https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph_fr/OPDIVO_FR_PM.pdf), la monographie de YERVOY à [https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph\\_fr/YERVOY\\_FR\\_PM.pdf](https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph_fr/YERVOY_FR_PM.pdf) et la monographie d'OPDUALAG à [https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph\\_fr/OPDUALAG\\_FR\\_PM.pdf](https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph_fr/OPDUALAG_FR_PM.pdf) pour connaître les indications, les contre-indications, les mises en garde et précautions, les réactions indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'usage clinique. Vous pouvez également obtenir les monographies de produit en nous téléphonant au numéro suivant : 1-866-463-6267.

**CONSETEMENTS FACULTATIFS DU PATIENT**

**Communication par courriel**

- En cochant la case de consentement aux communications par courriel de ce formulaire, j'accepte que l'Administrateur communique avec moi par courriel. Je comprends que les courriels ne représentent pas le moyen de communication le plus sûr et, à ce titre, l'Administrateur n'inclura pas de renseignements médicaux sensibles dans les courriels qu'il m'enverra. Ces courriels peuvent toutefois indiquer que je suis une personne inscrite au Programme.

**Recherche sur les résultats cliniques**

- Le patient a consenti à la collecte et à l'utilisation de ses renseignements pour la recherche sur les résultats cliniques, tel qu'il est décrit à l'Annexe C.

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

- Le patient a fourni un consentement verbal (voir ci-dessus).

**Personne-ressource**

- Le consentement a été obtenu de la personne nommée ci-dessous au nom du patient :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## ANNEXE A : Inscription au programme et consentement du patient en matière de protection des renseignements personnels

EN SIGNANT CE FORMULAIRE, VOUS RECONNAISSEZ QUE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SERONT RECUEILLIS, UTILISÉS ET/OU COMMUNIQUÉS AUX FINS DÉCRITES CI-DESSOUS.

### À propos du programme de soutien aux patients pour OPDIVO

Le programme de soutien aux patients pour OPDIVO, YERVOY ou OPDUALAG (ci-après le « Programme ») est un programme visant à offrir à des patients comme vous (« vous » ou « votre » fait référence à vous ou à votre enfant selon le cas), auxquels on a prescrit OPDIVO, YERVOY ou OPDUALAG, des services d'information et de traitement, notamment ceux qui suivent :

- information sur OPDIVO, YERVOY ou OPDUALAG;
- services de soutien pour le remboursement des coûts, par exemple de l'aide pour déterminer votre admissibilité ou faire les démarches nécessaires auprès de votre assureur privé ou du régime provincial pour le remboursement des frais applicables, l'utilisation à des fins d'accès compassionnel et les soins infirmiers associés aux perfusions d'OPDIVO, YERVOY ou d'OPDUALAG; et
- services d'aide au traitement, comme la coordination de la livraison d'OPDIVO, YERVOY ou d'OPDUALAG et de l'aide pour l'administration de ces médicaments (tous ces services sont désignés sous le terme « Services de soutien »).

Vos renseignements personnels peuvent être collectés, utilisés ou divulgués aux fins indiquées ci-dessus dans le cadre du Programme ou pour les besoins connexes indiqués à la section Utilisation et divulgation de vos renseignements personnels ci-dessous.

### Qui administre ce Programme ?

Le Programme est commandité par Bristol-Myers Squibb Canada (« BMS ») et administré en son nom par Bayshore HealthCare Ltd., un fournisseur tiers offrant des services à la clientèle ainsi que des programmes de soutien aux patients (ci-après désigné sous le terme « Administrateur »). Si Bayshore HealthCare Ltd. cesse d'agir à titre d'Administrateur, BMS pourrait en nommer un autre pour l'administration du Programme. Si tel est le cas, vos renseignements personnels pourraient être communiqués à ce nouvel Administrateur et utilisés de la manière décrite dans ce formulaire afin qu'il puisse prendre la relève de l'administration du Programme et vous fournir les services de soutien.

### Collecte de vos renseignements personnels

L'Administrateur peut recueillir vos renseignements personnels directement auprès de vous ou de vos représentants autorisés (p. ex., un mandataire), des médecins, des infirmières, des pharmaciens, des compagnies d'assurance privées, des régimes publics et de tout autre professionnel de la santé ou payeur susceptible de détenir les renseignements nécessaires. Le terme « renseignements personnels » fait généralement référence à ce qui suit :

- votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone, votre adresse de courriel, votre date de naissance;
- les détails sur votre état de santé, vos antécédents médicaux, vos traitements médicaux et vos médicaments délivrés sur ordonnance;
- des renseignements financiers, comme votre couverture d'assurance.

L'Administrateur recueillera seulement les renseignements personnels dont il a besoin pour administrer le Programme et vous offrir les Services de soutien.

### Utilisation et divulgation de vos renseignements personnels

L'Administrateur (et ses représentants ou agents autorisés) peut recueillir, utiliser et/ou communiquer vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- administrer le Programme;
- vous offrir les Services de soutien;
- déterminer votre admissibilité au Programme et aux Services de soutien, notamment vérifier la couverture d'assurance pour OPDIVO, YERVOY ou OPDUALAG et/ou prendre d'autres dispositions pour le remboursement d'OPDIVO, YERVOY ou d'OPDUALAG;
- personnaliser le Programme et les Services de soutien en fonction de votre situation particulière;
- vous fournir les documents relatifs à votre médicament, à votre traitement et au Programme;
- communiquer avec vous pour vous informer des changements apportés au Programme et aux Services de soutien;
- obtenir vos commentaires sur le Programme et les Services de soutien;
- analyser les données sur les résultats cliniques associés à l'administration d'OPDIVO, YERVOY ou d'OPDUALAG et en faire rapport;
- effectuer une évaluation et des analyses internes du Programme et des Services de soutien, y compris une étude de marché limitée; et

- surveiller l'innocuité, produire des rapports, réaliser des vérifications, répondre aux questions ou aux demandes de renseignements sur les médicaments et respecter toute autre obligation légale.

L'Administrateur peut aussi communiquer vos renseignements personnels à d'autres professionnels de la santé qui vous soignent (p. ex. votre médecin ou votre pharmacien) ainsi qu'à votre compagnie d'assurance maladie ou au régime public d'assurance maladie pour diverses raisons, notamment pour vous inscrire au Programme ou administrer ce dernier, pour vous offrir les Services de soutien, pour répondre à des besoins liés à votre médicament, votre traitement, votre problème de santé ou toute autre raison de santé, ou bien pour se conformer à toute obligation légale ou réglementaire.

### Accès à vos renseignements ou utilisation de ceux-ci par BMS

Dans le cadre normal de l'administration du Programme, l'Administrateur ne communiquera pas directement vos renseignements personnels à BMS ni à ses fournisseurs de services; cependant, il pourrait le faire dans certaines circonstances, notamment les suivantes :

- pour la surveillance de l'innocuité et les déclarations réglementaires (p. ex. le signalement d'une réaction indésirable à Santé Canada);
- pour transférer vos renseignements personnels à un nouvel Administrateur du Programme; ou
- pour réaliser des vérifications du Programme dans le but de l'évaluer et de l'améliorer.

En outre, si une portion ou la totalité des actifs de BMS ou des droits y afférant sont vendus ou transférés à une autre entité, BMS peut lui communiquer tout renseignement personnel lié au Programme. Si une telle vente ou un tel transfert devait avoir lieu, BMS demandera à l'acheteur d'utiliser les renseignements personnels que vous avez fournis dans le cadre de ce Programme et de les divulguer d'une manière qui soit conforme aux fins indiquées dans ce document.

L'Administrateur peut communiquer à BMS des données anonymisées ou regroupées qui ont été générées à partir de l'information recueillie au cours du Programme, lesquelles peuvent ensuite être utilisées aux fins suivantes :

- évaluer, bonifier ou améliorer le Programme et les services de soutien (y compris la participation et les expériences des patients) ou les approches de traitement par OPDIVO, YERVOY ou OPDUALAG et leur mise en œuvre;
- administrer les aspects financiers du Programme ou des Services de soutien; ou
- réaliser des études cliniques ou commerciales, notamment d'autres études scientifiques, demandes d'autorisation et publications.

### Protection de vos renseignements personnels

BMS est tenue de protéger tout renseignement personnel recueilli auprès de vous dans le cadre du Programme pour se conformer aux lois applicables en matière de protection de la vie privée. La politique de confidentialité de BMS se trouve à l'adresse suivante : <https://www.bms.com/ca/fr/privacy-policy.html>.

### Conservation de vos renseignements personnels

L'Administrateur et/ou BMS peuvent transférer, conserver ou traiter des renseignements personnels à l'extérieur du Canada. Dans un tel cas, vos renseignements personnels pourraient être soumis aux lois du pays où ils sont conservés, lequel n'offre peut-être pas le même niveau de protection légale que votre pays de résidence. Par conséquent, il est possible que d'autres gouvernements, tribunaux, organismes d'application de la loi ou organismes de réglementation étrangers puissent être autorisés à consulter ou recueillir ces renseignements personnels dans certaines circonstances.

Vos renseignements personnels seront conservés pendant toute la durée de votre participation au Programme et seront par la suite supprimés conformément aux politiques de conservation des documents de l'Administrateur et de BMS sous réserve des exigences légales et réglementaires.

### Consultation ou correction de vos renseignements personnels

Vous pouvez demander de consulter ou de faire modifier les renseignements personnels que l'Administrateur a recueillis sur vous en communiquant avec celui-ci au moyen des coordonnées indiquées à la section Coordonnées de l'Administrateur.

## Retrait du Programme ou du consentement

Votre participation à ce Programme est volontaire. Si vous choisissez de ne pas y participer, il n'y aura aucune conséquence sur votre traitement médical ou votre admissibilité à une couverture d'assurance. Vous pouvez refuser de signer le formulaire de consentement et/ou refuser de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels aux fins décrites ci-dessus. Toutefois, si vous ne consentez pas à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels aux fins décrites dans ce formulaire, vous ne pourrez pas participer au Programme ni bénéficier des Services de soutien.

Vous pouvez annuler votre inscription ou retirer votre consentement en faisant parvenir une demande écrite et signée à l'Administrateur à l'adresse indiquée à la section Coordonnées de l'Administrateur. L'annulation de votre inscription ou le retrait de votre consentement entrera en vigueur dès que l'Administrateur recevra votre lettre. Si vous présentez une telle demande, aucun nouveau renseignement personnel ne sera recueilli auprès de vous, mais les renseignements déjà recueillis seront conservés conformément aux exigences légales et réglementaires, et BMS pourra continuer de les utiliser sous une forme anonymisée ou regroupée, comme cela est décrit ci-dessus.

## Coordonnées de l'Administrateur

Si vous souhaitez formuler une demande de renseignements ou une plainte; si vous avez d'autres préoccupations concernant la collecte, l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels dans le cadre du Programme ou des Services de soutien, ou concernant les pratiques de l'Administrateur en matière de renseignements personnels; ou encore si vous souhaitez retirer votre consentement, consulter vos renseignements personnels ou les faire modifier, vous pouvez communiquer avec l'Administrateur par écrit aux coordonnées suivantes :

Adresse postale :

Bayshore Healthcare Ltd. 2101, Hadwen Road, Mississauga (Ontario) L5K 2L3

Télécopieur : 1-800-572-4971

Il est possible que l'Administrateur vous demande une preuve d'identité ou des informations supplémentaires afin de traiter votre demande.

## EN SIGNANT LE PRÉSENT FORMULAIRE DE CONSENTEMENT :

- Je confirme avoir lu et compris les conditions énoncées dans ce formulaire de consentement et de protection de la vie privée des patients, et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels conformément à ces conditions.
- Je comprends que je n'ai pas l'obligation de signer ce formulaire de consentement. Si je choisis de ne pas consentir à la collecte, à l'utilisation, et à la divulgation de mes renseignements personnels, je ne pourrai pas participer au Programme.

- Je comprends que je peux avoir accès à OPDIVO, YERVOY ou OPDUALAG sans participer au Programme.
- J'autorise mes professionnels de la santé, mon pharmacien et mon régime public ou privé d'assurance maladie à transmettre à l'Administrateur ou à ses agents mes renseignements personnels, notamment de l'information sur mes ordonnances et sur mon état de santé ainsi que des renseignements financiers, afin que l'Administrateur puisse utiliser ces renseignements pour m'offrir les Services de soutien et administrer le Programme, conformément à ce qui est décrit ci-dessus.
- Je comprends que les appels téléphoniques entre moi et les employés de l'Administrateur peuvent être surveillés ou enregistrés à des fins de contrôle de la qualité ou de formation.
- Je reconnais que mes renseignements personnels peuvent être transférés et conservés à l'extérieur du Canada.
- Je comprends que tous les renseignements transmis à BMS peuvent être communiqués aux entreprises du groupe BMS aux fins indiquées à la section Accès à vos renseignements et utilisation de ceux-ci par BMS.
- Je comprends que BMS peut transmettre mes renseignements personnels aux autorités réglementaires, telles que Santé Canada ou d'autres organismes gouvernementaux au Canada ou à l'étranger, pour signaler tout événement indésirable lié aux médicaments ou pour se conformer à la loi.
- Je reconnais que mon consentement est valide pour la durée de ma participation au Programme, à moins que je le retire. Même si je retire mon consentement ou ne participe plus au Programme, j'accepte que mes renseignements personnels soient conservés conformément aux exigences légales et réglementaires, et que BMS puisse continuer de les utiliser sous une forme anonymisée ou regroupée, comme cela est décrit à la section Accès à vos renseignements et utilisation de ceux-ci par BMS.
- J'accepte que BMS se réserve le droit de modifier, de suspendre ou d'abolir librement le Programme ou bien l'un ou l'autre des Services de soutien en tout ou en partie, y compris de changer de fournisseur tiers. BMS m'avisera de ces changements si la loi l'exige.

## CONSENTEMENT AUX COMMUNICATIONS PAR COURRIEL

En cochant la case de consentement aux communications par courriel de ce formulaire, j'accepte que l'Administrateur communique avec moi par courriel. Je comprends que les courriels ne représentent pas le moyen de communication le plus sûr et, à ce titre, l'Administrateur n'inclura pas de renseignements médicaux sensibles dans les courriels qu'il m'enverra. Ces courriels peuvent toutefois indiquer que je suis une personne inscrite au Programme.

## ANNEXE B – Consentement à la collecte et à l'utilisation de renseignements pour la recherche sur les résultats cliniques

L'Administrateur ou BMS peuvent à l'occasion mener des études pour aider les assureurs, les régimes publics d'assurance et les organismes de réglementation à comprendre si un traitement par un produit comme OPDIVO, YERVOY ou OPDUALAG offre des bienfaits, comme une meilleure qualité de vie en fonction du coût du médicament (« Recherche sur les résultats cliniques »).

Pour les besoins de la recherche sur les résultats cliniques, l'Administrateur, ou un autre tiers retenu par BMS, peut recueillir : (i) des renseignements sur le problème de santé pour lequel on vous a prescrit OPDIVO, YERVOY ou OPDUALAG notamment de l'information sur les résultats obtenus (p. ex. résultats des tests de diagnostic, information sur la rémission, durée de vie, etc.), et (ii) des renseignements sur votre expérience relativement à l'utilisation d'OPDIVO, YERVOY ou d'OPDUALAG. L'Administrateur peut recueillir ces renseignements directement auprès de vous ou des professionnels qui vous soignent (p. ex. les médecins). L'Administrateur peut à l'occasion communiquer à BMS les renseignements recueillis à des fins de recherche

sur les résultats cliniques sous une forme anonymisée ou regroupée. BMS peut utiliser ces renseignements anonymisés ou regroupés pour mener des études sur les résultats cliniques et faire connaître ses conclusions aux assureurs, aux régimes publics d'assurance, aux organismes de réglementation et aux autres tiers intéressés.

### En cochant la case de consentement et en signant ce formulaire :

- J'accepte de participer à la recherche sur les résultats cliniques associés à OPDIVO, YERVOY ou OPDUALAG.
- Je comprends que ma participation à la recherche sur les résultats cliniques est volontaire et que je peux demander à tout moment de ne plus y participer en communiquant avec l'Administrateur au moyen des coordonnées indiquées à la section Coordonnées de l'Administrateur ci-dessus.
- Je comprends que mon admissibilité aux Services de soutien n'est pas compromise par le fait que j'accepte ou non de participer à la recherche sur les résultats cliniques.

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS SOUS TRAITEMENT IMMUNO-ONCOLOGIQUE

Numéro de téléphone sans frais : 1-877-967-6626 | Télécopieur : 1-800-572-4971 | Courriel : [opdivo@bayshore.ca](mailto:opdivo@bayshore.ca)