

Ordonnance et formulaire d'inscription¹



PrZYNYZ® (rétifanlimab pour injection), en monothérapie, est indiqué pour le traitement de première intention des patients adultes atteints d'un carcinome à cellules de Merkel (CCM) métastatique ou récidivant localement avancé ne relevant pas de la chirurgie curative ou de la radiothérapie¹.

Veuillez envoyer ce formulaire par télécopieur au **1-84-INCYTE-01** (1-844-629-8301) ou par courriel à l'adresse **support@incytesolutions.ca**. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez appeler au programme de soutien Incyte Solutions^{MC} au **1-84-INCYTE-00** (1-844-629-8300).

Patient : Renseignements et consentement

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ Sexe ☐ F ☐ H ☐ Autre _____

Langue de communication préférée ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre _____ N° de téléphone principal _____ N° de téléphone secondaire _____

Permission de laisser un message ☐ Oui ☐ Non Adresse courriel _____ Moyen de communication privilégié ☐ Téléphone ☐ Courriel ☐ Messagerie texte

En fournissant mon numéro de téléphone cellulaire ou mon adresse courriel, je consens à recevoir des messages électroniques du programme de soutien Incyte Solutions^{MC}, qui utilisera ces coordonnées à cette fin. Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment, en tout ou en partie, en informant le programme par écrit.

En signant ce formulaire, je déclare avoir lu et compris les conditions ci-dessus et les conditions s'appliquant au patient présentées au verso de ce formulaire, et je les accepte.

Signature du patient ou de son représentant légal _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

Nom du représentant légal signataire, le cas échéant, et son lien avec le patient _____

Renseignements et autorisation du professionnel de la santé prescripteur

Nom _____ Prénom _____

Spécialité _____ Ville et province _____

N° de téléphone au travail _____ N° de télécopieur _____

Adresse courriel _____ Méthode de communication privilégiée ☐ Téléphone ☐ Télécopieur ☐ Courriel

Principale personne-ressource/infirmière à la clinique (le cas échéant) _____

Timbre de la clinique ou renseignements supplémentaires :

Diagnostic et traitement(s) antérieur(s)¹

Diagnostic : ☐ CCM métastatique ou récidivant localement avancé ne relevant pas de la chirurgie curative ou de la radiothérapie

Année du diagnostic _____

Renseignements d'ordonnance¹

Date prévue de début du traitement (JJ/MM/AAAA) _____

Posologie de ZYNYZ[®]* :

☐ 500 mg toutes les 4 semaines (administrée par perfusion intraveineuse de 30 minutes)

Renseignements sur le renouvellement _____

Le présent formulaire constitue une ordonnance originale du médicament commandé. Par ma signature, je reconnais que le patient a reçu une ordonnance de ZYNYZ[®] pour le traitement mentionné ci-dessus. En signant ce formulaire, je reconnais et accepte les conditions décrites au verso qui s'appliquent au professionnel de la santé prescripteur.

Signature du professionnel de la santé prescripteur _____

N° de permis d'exercice du professionnel de la santé prescripteur _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

☐ Cocher la case ci-contre si le professionnel de la santé prescripteur a obtenu le consentement verbal du patient à transmettre ses renseignements au programme à des fins de communication et d'inscription

Consultez la monographie de ZYNYZ[®] pour obtenir plus de renseignements sur la posologie recommandée, les ajustements posologiques, la préparation et l'administration.

* Le traitement doit être poursuivi jusqu'à une progression de la maladie, une toxicité inacceptable ou pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 mois.

Veuillez consulter la monographie de produit au pdf.hres.ca/dpd_pm/00078752.PDF 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, la posologie, la surveillance et les épreuves de laboratoire qui ne sont pas abordés dans le présent document. Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-833-309-2759, ou par courriel, à l'adresse medinfoCanada@incyte.com.



Conditions s'appliquant au patient

Le programme de soutien Incyte Solutions^{MC} (le « **programme** ») est financé et offert par Incyte Biosciences Canada Corporation (« **Incyte** ») pour soutenir les patients à qui ZYNYZ[®] (rétifanlimab) a été prescrit. Il est administré par Incyte et un tiers fournisseur de services choisi par Incyte pour administrer le programme, ainsi que leurs agents et sociétés affiliées (collectivement appelés les « **administrateurs du programme** »). Les termes « vous », « votre », « vos » ou « je » dans le présent document désignent vous-même en tant que patient.

Pour vous inscrire au programme, votre professionnel de la santé a fourni au programme des renseignements vous concernant qui figurent dans la section Ordonnance et formulaire d'inscription, y compris des renseignements personnels (nom, sexe, date de naissance, adresse, numéro de téléphone et adresse courriel) et des renseignements personnels sur la santé (renseignements médicaux et relatifs aux assurances, car ils ont une incidence sur votre traitement et le remboursement de votre ordonnance) (collectivement appelés vos « **renseignements** »).

Le programme recueillera, utilisera, divulguera et conservera vos renseignements pour vous fournir les services suivants (les « **services offerts par le programme** ») :

- Soutien d'une infirmière ou d'un pharmacien, notamment pour la perfusion si ces services sont offerts;
- Évaluation de l'admissibilité à une aide financière;
- Assistance dans les communications avec les administrateurs de régimes d'assurance, les gestionnaires ou les compagnies d'assurance pour aider à garantir un remboursement de votre ordonnance;
- Communication de votre couverture d'assurance à votre professionnel de la santé prescripteur;
- Communications régulières sur votre traitement et les services offerts par le programme de soutien, au besoin;
- Autres services offerts à l'occasion.

Veuillez noter que l'inscription au programme peut permettre aux professionnels de la santé impliqués dans votre traitement d'accéder à vos renseignements personnels et aux données du programme. En signant et en soumettant ce formulaire, vous consentez à ce que vos renseignements soient recueillis, utilisés et divulgués par les administrateurs du programme aux fins d'administration du programme et de prestation des services offerts par le programme, lorsque la loi l'exige ou le permet et conformément à la politique de confidentialité du programme, qu'il est possible d'obtenir en communiquant avec le programme. Vous comprenez également que les administrateurs du programme peuvent communiquer avec vous, en utilisant les renseignements fournis dans la section 1 de la première page, à propos de l'administration du programme et de la prestation de services offerts par le programme, et vous consentez à ce qu'ils communiquent avec vous maintenant et à l'avenir, notamment à propos du programme, des conditions s'appliquant à vous ou de votre ordonnance de ZYNYZ[®] (rétifanlimab).

De plus, vous autorisez le programme à obtenir de plus amples renseignements, s'ils sont jugés nécessaires, auprès de votre professionnel de la santé prescripteur et de votre compagnie d'assurance pour s'assurer que vos renseignements sont exacts et complets, et aux fins d'administration du programme. Ces renseignements supplémentaires peuvent comprendre des renseignements personnels ou des renseignements personnels sur la santé, ou les deux.

Utilisation et divulgation de vos renseignements

Le programme protégera la confidentialité des renseignements que vous fournissez et utilisera ces renseignements uniquement pour vous fournir ses services et de l'information à son sujet, ou dans tout autre but décrit dans ce paragraphe. De temps à autre, le programme peut être tenu de divulguer certains renseignements à un tiers impliqué dans la prestation de services offerts par le programme. Il peut s'agir, par exemple, d'un pharmacien délivrant le médicament, d'un assistant au remboursement, d'une infirmière gestionnaire de cas ou d'un assureur. Le programme ne divulguera que les renseignements nécessaires à la prestation de ses services. Il peut anonymiser vos renseignements, notamment pour fournir des données aux autorités de la santé à des fins d'accès au médicament, les inclure dans des rapports ou des publications, les utiliser à des fins d'analyse commerciale ou de recherche, ou pour améliorer le programme. Tous les renseignements qu'il recueille et consigne seront traités et conservés par les administrateurs du programme dans le respect des lois sur la protection de la vie privée et des renseignements personnels sur la santé. Vos renseignements peuvent être recueillis, utilisés, divulgués ou conservés à l'extérieur de votre province, de votre territoire ou de votre pays, et les lois en matière de protection de la vie privée dans ces territoires peuvent être moins restrictives que les lois du Canada, de votre province ou de votre territoire. Vos renseignements seront conservés tant que vous participerez au programme et au besoin par la suite, afin de satisfaire aux exigences légales et réglementaires. Pour en savoir plus ou pour toute autre question, veuillez appeler au programme pour parler à l'agent de la protection de la vie privée. Les appels peuvent être écoutés et enregistrés à des fins d'assurance de la qualité ou à des fins de formation. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en communiquant avec le programme par téléphone au 1-84-INCYTE-00 (1-844-629-8300) ou par courriel à l'adresse support@incytesolutions.ca. Si vous choisissez de ne plus consentir à participer au programme, sachez que vous pourriez ne pas être admissible à recevoir les services offerts par le programme, y compris le soutien au patient et l'aide au remboursement, à compter de la date du retrait.

Vous comprenez que toute aide financière qui vous est fournie dans le cadre de votre inscription au programme peut devoir être déclarée aux payeurs publics ou privés, ou aux agences gouvernementales. Vous comprenez que vous avez l'entière responsabilité de telles déclarations et que vous devez vous assurer de vous conformer aux exigences liées à votre acceptation d'une telle aide financière.

Si vous avez des questions et souhaitez en savoir plus, n'hésitez pas à communiquer avec le programme par la poste au 1393 North Service Rd. E., Unité 1, Oakville (Ontario) L6H 1A7; par télécopieur au 1-84-INCYTE-01 (1-844-629-8301); par téléphone au 1-84-INCYTE-00 (1-844-629-8300); ou par courriel à support@incytesolutions.ca. Incyte se réserve le droit de changer l'administrateur du programme, sur préavis écrit, et vous consentez à ce que vos renseignements soient transférés à tout nouvel administrateur du programme afin que l'administration du programme se poursuive. Incyte se réserve le droit de modifier le programme ou d'y mettre fin à tout moment en vous avisant à l'avance par écrit.

Conditions s'appliquant au professionnel de la santé prescripteur

En signant ce formulaire, je reconnais et accepte ce qui suit : (i) je suis le professionnel de la santé prescripteur de ce patient, et je suis autorisé à prescrire le médicament dans la province où j'exerce ma profession; (ii) le présent formulaire constitue une ordonnance originale de ZYNYZ[®] (rétifanlimab) pour l'indication décrite dans la section 3 du présent formulaire et, le cas échéant, d'une prémédication; (iii) Incyte peut anonymiser mes renseignements personnels pour fournir des données aux autorités de la santé à des fins d'accès au médicament, les inclure dans des rapports ou des publications, les utiliser à des fins d'analyse commerciale ou de recherche, ou pour améliorer le programme; (iv) j'autorise le programme à envoyer l'ordonnance en mon nom à la pharmacie choisie par le patient; (v) j'ai discuté du programme avec le patient et, soit je lui ai fait signer le formulaire de consentement, soit j'ai obtenu son consentement verbal à transmettre ses renseignements au programme à des fins de communication et d'inscription comme je l'ai précisé à la première page du présent formulaire et; (vi) Je comprends que mes renseignements peuvent être recueillis par le programme et que Incyte et/ou le programme peuvent communiquer avec moi, notamment à des fins d'administration du programme pour me demander de parler de mon expérience avec le programme ou pour fournir de l'assistance concernant la prescription de ZYNYZ[®] (rétifanlimab).

Je comprends que je peux annuler ce consentement en communiquant avec le programme aux coordonnées ci-dessous.

Communiquez avec nous pour en savoir plus sur Incyte Solutions^{MC}!



1-84-INCYTE-00 (1-844-629-8300)



support@incytesolutions.ca



1-84-INCYTE-01 (1-844-629-8301)

Pour signaler un effet indésirable possible ou formuler une plainte concernant un produit d'Incyte, communiquez avec le service d'information médicale d'Incyte Biosciences Canada : medinfocanada@incyte.com ou 1-833-309-2759.

Référence : 1. Monographie de ZYNYZ[®]. Incyte Corporation. 6 février 2025.

ZYNYZ et son logo sont des marques déposées d'Incyte.

Incyte et son logo sont des marques déposées d'Incyte.

INCYTE SOLUTIONS et son logo sont des marques de commerce d'Incyte.

Toutes les autres marques de commerce sont la propriété de leurs détenteurs respectifs.

© 2025, Incyte Biosciences Canada Corporation.

