

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU PATIENT



Merci de votre participation. Pour compléter votre inscription, veuillez remplir tous les champs ci-dessous.

Renseignements sur le patient		Veuillez indiquer la façon dont vous souhaitez que nous communiquions avec vous au sujet du coupon-rabais (sélectionnez toutes les méthodes souhaitées)		
Prénom et nom		<input type="checkbox"/> Numéro de téléphone (domicile)	Meilleur moment pour appeler <input type="checkbox"/> Avant-midi <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Fin de semaine	<input type="checkbox"/> Ne pas laisser de message
Date de naissance JJ/MM/AAAA	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Autre numéro de téléphone	Meilleur moment pour appeler <input type="checkbox"/> Avant-midi <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Fin de semaine	<input type="checkbox"/> Ne pas laisser de message
Adresse		<input type="checkbox"/> Courriel		
Ville		Votre adresse de courriel sera utilisée pour l'envoi de matériel éducatif qui vous aidera à en apprendre davantage sur la manière de composer avec l'arthrose. Huit mois après votre injection, nous communiquerons avec vous pour un sondage de suivi, lequel sera ensuite transmis à votre médecin, et pour vous rappeler de prendre rendez-vous à la clinique pour savoir si vous pourriez bénéficier d'une nouvelle injection et vous offrir un coupon-rabais pour votre seconde injection.		
Province	Code postal			

SERVICE DE VÉRIFICATION DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE DU PROGRAMME EnMOUVEMENT (FACULTATIF)

Pour vous offrir ce service, nous devons communiquer avec votre assureur, l'assureur de votre conjoint(e) ou votre employeur afin d'aider à trouver d'autres possibilités de remboursement. Pour vous prévaloir de ce service, veuillez fournir l'information demandée ci-dessous.

Veuillez communiquer avec moi à propos de ce service.

Régime d'assurance collective (patient)		Régime d'assurance collective (conjoint)	
Assurance collective ou numéro de police		Prénom et nom	Date de naissance JJ/MM/AAAA
Numéro de carte (généralement 20 chiffres)		Assurance collective ou numéro de police	Numéro de carte (généralement 20 chiffres)
Nom de l'assureur	Nom de l'employeur	Nom de l'assureur	Nom de l'employeur

SONDAGE INITIAL À L'INTENTION DES PATIENTS NOUVELLEMENT INSCRITS AU PROGRAMME EnMOUVEMENT

1. Veuillez choisir l'énoncé qui décrit le mieux votre situation :

- J'envisage de recevoir une injection de SYNVISC® dans le futur. Ceci est ma première injection de SYNVISC®. Ceci n'est pas ma première injection de SYNVISC®.

2. Veuillez indiquer quelle articulation a été traitée. Veuillez cocher toutes les cases appropriées.

- Épaule Droite Gauche Les deux | Hanche Droite Gauche Les deux
Genou Droite Gauche Les deux | Cheville Droite Gauche Les deux

3. Quel résultat (objectif ou but) souhaitez-vous atteindre en vous faisant traiter par SYNVISC®?

Veuillez cocher toutes les cases appropriées.

- Mobilité accrue Participation à des activités athlétiques et sportives
 Mobilité après blessure ou chirurgie Autre

4. Au cours des mois qui ont précédé votre injection de SYNVISC® :

A. Que saviez-vous à propos de la prise en charge de l'arthrose? Veuillez choisir une option.
Très peu de choses 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Beaucoup de choses

B. Dans quelle mesure participiez-vous à la prise en charge de votre arthrose en suivant :

Un PROGRAMME D'EXERCICE? Veuillez choisir une option.

- Toujours ou souvent Occasionnellement Jamais ou Je n'avais pas de programme d'exercice.

Un RÉGIME ALIMENTAIRE? Veuillez choisir une option.

- Toujours ou souvent Occasionnellement Jamais ou Je n'avais pas de régime alimentaire.

J'ai lu et j'ai compris les renseignements fournis dans le présent formulaire (dont la section sur la protection des renseignements personnels) et j'accepte de participer au programme.

X

Signature de consentement à l'inscription

- RÉSERVÉ À L'USAGE DE LA CLINIQUE -

Coordonnées de la clinique	Renseignements sur l'injection (à remplir par la clinique)
Nom du médecin	Veuillez indiquer quel produit a été injecté : <input type="checkbox"/> SYNVISC® 1 x 2 mL <input type="checkbox"/> SYNVISC® 3 x 2 mL <input type="checkbox"/> Synvisc-One®
Nom et adresse de la clinique (apposer ici le timbre du médecin)	Date de l'injection JJ/MM/AAAA
	Numéro de lot (sur la boîte ou autocollant à l'intérieur)

Veuillez transmettre le présent formulaire dûment rempli à Groupe PharmaCommunications Inc., par télécopieur, au 1-800-603-3863.

Programme EnMOUVEMENT avec SYNVISC/Synvisc-One® (le « programme »)

Le programme est parrainé par Sanofi Canada en rapport avec SYNVISC®/Synvisc-One® pour la prise en charge précoce et continue des patients atteints de douleur arthrosique.

Les patients admissibles inscrits au programme ont la possibilité de recevoir du matériel éducatif sur l'arthrose, sur SYNVISC®/Synvisc-One®, de l'aide au remboursement et de fournir à leurs médecins un compte rendu à jour de la progression de leur traitement. Le programme offre ces avantages sans frais aux patients inscrits.

Protection des renseignements personnels

Il est important que vous compreniez comment seront utilisés les renseignements que vous communiquez dans le cadre du programme EnMOUVEMENT avec SYNVISC®/Synvisc-One® de Sanofi Canada. Chez Sanofi Canada, nous avons à cœur de respecter vos droits à la protection de vos renseignements personnels. La présente section décrit les modalités du programme en matière de collecte et de traitement des renseignements personnels et les motifs qui les sous-tendent. De manière générale, les « renseignements personnels » désignent toute information recueillie qui permet d'identifier une personne physique y compris, sans restriction, votre nom, adresse, numéro de téléphone et date de naissance (les « renseignements personnels »). Sanofi Canada a retenu les services d'un administrateur (identifié ci-après) pour l'administration du programme y compris, la gestion de la collecte et du traitement des renseignements personnels (l'« administrateur »). Exception faite des exigences juridiques de Sanofi Canada, et des obligations en matière de pharmacovigilance énoncées dans le présent document, Sanofi Canada n'aura pas accès à vos renseignements personnels. Sanofi Canada n'aura accès qu'à des renseignements agrégés et statistiques qui ne permettent pas l'identification des patients inscrits au programme.

En acceptant de devenir membre du programme, vous acceptez de nous fournir vos renseignements personnels (tels que vos nom, adresse, numéro de téléphone, adresse de courriel, année de naissance, sexe et certains renseignements sur votre santé). Ces renseignements ne seront utilisés qu'aux fins de mise en œuvre du programme. Nous collectons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels que pour les motifs ci-après :

- créer votre adhésion au programme;
- vous permettre de répondre au(x) sondage(s) mené(s) dans le cadre du programme;
- nous permettre de vous rappeler de parler à votre médecin en ce qui a trait à une autre injection de SYNVISC®/Synvisc-One®;
- avec votre permission, vous envoyer du matériel lié au programme, y compris pour vous aider à prendre en charge votre douleur arthrosique;
- rappeler à votre médecin de communiquer avec vous à propos d'une autre injection de SYNVISC®/Synvisc-One®;
- vous aider à obtenir des remboursements, y compris communiquer avec des tiers assureurs avec votre consentement;
- répondre à vos demandes de renseignements et à vos questions;
- pour toute autre raison indiquée au moment de la collecte;
- pour toute autre raison à laquelle un participant consent; et
- selon les autorisations ou les exigences des lois en vigueur (collectivement les « objectifs »).

Vos renseignements personnels ne seront ni communiqués ni divulgués, sauf :

- à l'administrateur qui gère la collecte et le traitement des renseignements personnels dans le cadre du programme. Nous avons assuré par contrat qu'un tel tiers-fournisseur de services offre une protection élevée des renseignements personnels et qu'il est responsable de leur sécurité. Il n'est pas autorisé à collecter, à utiliser ni à communiquer de renseignements personnels, sauf si cela est nécessaire en vue de fournir des services pour notre compte en ce qui a trait aux objectifs du programme énoncés dans le présent document ou pour respecter des exigences juridiques; et
- à votre médecin aux fins des objectifs du programme.

Les résultats du (des) sondage(s) et les données statistiques associées au programme seront groupés, anonymisés et communiqués à Sanofi Canada, à des professionnels de la santé et à d'autres tiers, selon le cas.

Sanofi Canada se réserve le droit de transférer tout renseignement personnel associé au programme dans le cas de la vente ou de la cession de l'ensemble ou d'une partie de notre entreprise ou d'actifs ou des droits qui s'y rapportent. Dans le cas d'une telle vente ou d'une telle cession, nous demanderons que le cessionnaire utilise et communique les renseignements personnels que vous aurez fournis par l'entremise de ce programme de manière harmonisée avec les objectifs énoncés dans le présent document.

Le programme n'a pas pour objet de solliciter la déclaration d'une expérience indésirable associée aux produits de Sanofi Canada ni d'autres entreprises. À titre de membre du programme, si vous fournissez des renseignements au sujet d'effets indésirables pendant l'utilisation de produits de Sanofi Canada, nous pourrions utiliser les renseignements fournis pour soumettre des rapports à Santé Canada et/ou à d'autres organismes de réglementation pertinents.

Nous pourrions être appelés à communiquer avec vous et/ou votre professionnel de la santé pour obtenir des renseignements supplémentaires. Vous reconnaissez que, pour se conformer aux lois, nous pourrions ne pas être autorisés à respecter votre demande de modification ou de suppression de renseignements personnels que vous nous avez fournis ou fournis à un tiers au sujet d'effets indésirables pendant l'utilisation de produits de Sanofi Canada.

Le traitement des déclarations d'effets indésirables peut être assuré et/ou géré par les filiales de Sanofi Canada ou des tiers fournisseurs engagés spécialement pour cette fin. Les renseignements sont recueillis et conservés dans une base de données informatisée qui est un outil interne du groupe Sanofi utilisé uniquement dans le but de mener des activités de pharmacovigilance. Cette base de données n'est accessible qu'aux employés, agents ou fournisseurs de services du groupe Sanofi nécessitant ces renseignements pour mener à bien leurs activités de pharmacovigilance. Certaines filiales de Sanofi Canada et tiers fournisseurs de services autorisés sont situés dans des pays où il n'existe aucune loi sur la protection des données personnelles ou dans lesquels le niveau de protection imposé par la loi locale est inférieur aux exigences de votre pays, et des renseignements personnels peuvent être divulgués à des autorités gouvernementales étrangères conformément aux exigences légales de ces autres juridictions. Afin d'assurer la sécurité et l'accès limité à cette base de données, des garanties appropriées et des exigences de sécurité ont été mises en place. Néanmoins, les mesures contractuelles raisonnables prises afin de protéger les renseignements personnels lors de leur traitement sont assujetties aux exigences légales étrangères, telles que celles concernant la divulgation des renseignements personnels aux autorités gouvernementales dans ces pays.

L'administrateur ne conservera de renseignements personnels que tant qu'il en aura besoin pour réaliser les objectifs du programme. Le dossier de vos renseignements personnels sera mis à la disposition d'employés, d'entrepreneurs ou de mandataires autorisés de l'administrateur qui ont besoin d'y accéder en ce qui a trait aux objectifs du programme. Les renseignements personnels sont conservés principalement dans une base de données électronique.

Vous avez certains droits d'accéder à vos renseignements personnels contenus dans votre dossier, et de les corriger, et afin de vous prévaloir de ces droits, ou si vous avez quelque question ou préoccupation que ce soit, vous pouvez utiliser les coordonnées fournies ci-après. Si les renseignements personnels recueillis sont erronés, inexacts ou périmés, l'administrateur les corrigera dans un délai raisonnable.

Il est convenu par la présente que le programme respectera les dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé du Québec* (la « loi ») et de toute autre loi sur la protection des renseignements personnels fédérale ou provinciale. Dans la mesure où la loi, ou toute autre loi sur la protection des renseignements personnels en vigueur, offre une protection supplémentaire et qu'il n'est pas énoncé d'autres dispositions identiques dans le présent document, il est convenu que le programme prendra les mesures qui donneront plein effet à une telle protection supplémentaire.

Si vous avez des questions ou des préoccupations à propos de nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels ou que vous voulez avoir accès à vos renseignements personnels, et les corriger, veuillez communiquer avec l'administrateur, le Groupe PharmaCommunications Inc., au 1-855-332-9444.

Le présent programme a un caractère entièrement volontaire et vous pouvez annuler votre participation n'importe quand, sans motif, en appelant au 1-855-332-9444. Après avoir annulé votre participation, vous ne serez plus admissible au programme, vos renseignements personnels ne seront plus utilisés; toutefois, les renseignements personnels déjà fournis au moment de votre annulation peuvent être utilisés sous une forme groupée et anonyme aux fins des objectifs du programme. Si votre médecin se retire du programme, nous pourrions ne plus vous offrir certains des avantages de ce programme.

Conseils pour remplir le formulaire d'inscription au programme EnMOUVEMENT

Suivez ces directives pour vous aider à remplir le formulaire.

- 1 Section à remplir par les **patients**
- 2 Le patient doit :
 - 1) Fournir ses coordonnées
 - 2) Choisir la façon dont il souhaite que nous communiquions avec lui

Les adresses courriels seront utilisées pour l'envoi mensuel de matériel éducatif aux patients.

De plus, 8 mois après l'injection, un suivi du traitement sera effectué auprès des patients, par téléphone ou par courriel.

À ce moment, les patients seront invités à répondre à un sondage de suivi afin d'obtenir un **coupon-rabais de 50\$ applicable à leur prochaine injection** qui doit être validé par le programme EnMOUVEMENT avec une preuve d'achat.
- 3 Le service de vérification de la couverture d'assurance offert dans le cadre du programme EnMouvement est facultatif. Pour s'en prévaloir, les patients doivent cocher la case ou fournir l'information demandée.
- Le programme EnMOUVEMENT peut :
 - Aider à déterminer si le patient dispose d'une couverture d'assurance pour SYNVIS[®], les orthèses, la physiothérapie, l'ostéopathie, la massothérapie et les services d'un nutritionniste
 - Travailler avec les cliniques auprès desquelles les patients reçoivent des services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuits
 - Défendre les intérêts du patient auprès de son employeur ou lui offrir la possibilité de payer en trois versements égaux
- 4 Remplissez le court sondage
- 5 La **signature du patient** est requise comme preuve de consentement à l'inscription.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU PATIENT

Merci de votre participation. Pour compléter votre inscription, veuillez remplir tous les champs ci-dessous.

Renseignements sur le patient		Veuillez indiquer la façon dont vous souhaitez que nous communiquions avec vous au sujet du coupon-rabais (sélectionnez toutes les méthodes souhaitées)	
Prénom et nom		<input type="checkbox"/> Numéro de téléphone (domicile)	Meilleur moment pour appeler <input type="checkbox"/> Avant-midi <input type="checkbox"/> Ne pas laisser de message <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Fin de semaine
Date de naissance JJ/MM/AAAA	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Autre numéro de téléphone	Meilleur moment pour appeler <input type="checkbox"/> Avant-midi <input type="checkbox"/> Ne pas laisser de message <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Fin de semaine
Adresse		<input type="checkbox"/> Courriel	
Ville		Votre adresse de courriel sera utilisée pour l'envoi de matériel éducatif qui vous aidera à en apprendre davantage sur la manière de composer avec l'arthrose. Huit mois après votre injection, nous communiquerons avec vous pour un sondage de suivi, lequel sera ensuite transmis à votre médecin, et pour vous rappeler de prendre rendez-vous à la clinique pour savoir si vous pourriez bénéficier d'une nouvelle injection et vous offrir un coupon-rabais pour votre seconde injection.	
Province	Code postal		

SERVICE DE VÉRIFICATION DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE DU PROGRAMME EnMOUVEMENT (FACULTATIF)

Pour vous offrir ce service, nous devons communiquer avec votre assureur, l'assureur de votre conjoint(e) ou votre employeur afin d'aider à trouver d'autres possibilités de remboursement. Pour vous prévaloir de ce service, veuillez fournir l'information demandée ci-dessous.

Veuillez communiquer avec moi à propos de ce service.

Régime d'assurance collective (patient)		Régime d'assurance collective (conjoint)	
Assurance collective ou numéro de police		Prénom et nom	
Date de naissance JJ/MM/AAAA		Date de naissance JJ/MM/AAAA	
Numéro de carte (généralement 20 chiffres)		Assurance collective ou numéro de police	Numéro de carte (généralement 20 chiffres)
Nom de l'assureur	Nom de l'employeur	Nom de l'assureur	Nom de l'employeur

SONDAGE INITIAL À L'INTENTION DES PATIENTS NOUVELLEMENT INSCRITS AU PROGRAMME EnMOUVEMENT

1. Veuillez choisir l'énoncé qui décrit le mieux votre situation :
 - J'aimerais recevoir une injection de SYNVIS[®] dans le futur.
 - Ceci est ma première injection de SYNVIS[®].
 - Ceci n'est pas ma première injection de SYNVIS[®].
2. Veuillez indiquer quelle articulation a été traitée. Veuillez cocher toutes les cases appropriées.

Épaule Droite Gauche Les deux Hanche Droite Gauche Les deux

Genou Droite Gauche Les deux Cheville Droite Gauche Les deux
3. Quel résultat (objectif ou but) souhaitez-vous atteindre en vous faisant traiter par SYNVIS[®]? Veuillez cocher toutes les cases appropriées.
 - Mobilité accrue
 - Participation à des activités athlétiques et sportives
 - Mobilité après blessure ou chirurgie
 - Autre
4. Au cours des mois qui ont précédé votre injection de SYNVIS[®]:

A. Que savez-vous à propos de la prise en charge de l'arthrose? Veuillez choisir une option.

Trais peu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Beaucoup de choses

B. Dans quelle mesure participez-vous à la prise en charge de votre arthrose en suivant : Un PROGRAMME D'EXERCICE? Veuillez choisir une option.

Toujours ou souvent Occasionnellement Jamais ou Je n'avais pas de programme d'exercice.

Un RÉGIME ALIMENTAIRE? Veuillez choisir une option.

Toujours ou souvent Occasionnellement Jamais ou Je n'avais pas de régime alimentaire.

J'ai lu et j'ai compris les renseignements fournis dans le présent formulaire (dont la section sur la protection des renseignements personnels) et j'accepte de participer au programme.

Signature de consentement à l'inscription

- RÉSERVÉ À L'USAGE DE LA CLINIQUE -

Coordonnées de la clinique	Renseignements sur l'injection (à remplir par la clinique)
Nom du médecin	Veuillez indiquer quel produit a été injecté : <input type="checkbox"/> SYNVIS [®] 1 x 2 mL <input type="checkbox"/> SYNVIS [®] 3 x 2 mL <input type="checkbox"/> Synvisc-One [®]
Nom et adresse de la clinique (apposer ici le timbre du médecin)	Date de l'injection JJ/MM/AAAA
	Numéro de lot (sur la boîte ou autocollant à l'intérieur)

8

Veuillez transmettre le présent formulaire dûment rempli à Groupe PharmaCommunications Inc., par télécopieur, au 1-800-603-3863.

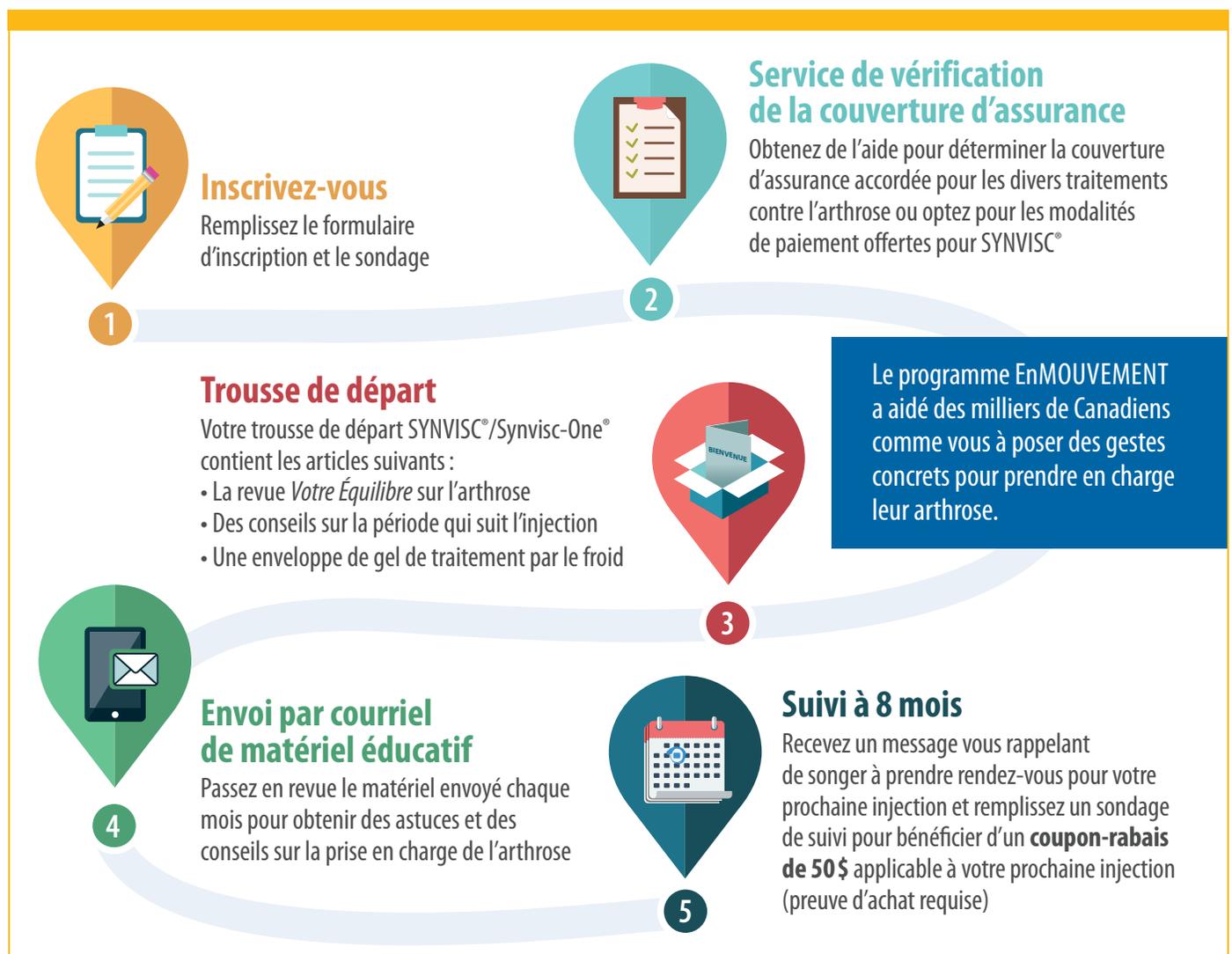
- 6 Section à remplir par la **clinique**
- 7 Indiquez quelle injection de SYNVIS[®] a été administrée, la date de l'injection et le numéro de lot du produit, qui se trouve sur la boîte de SYNVIS[®].
- 8 Les cliniques doivent :
 - 1) **Transmettre** le formulaire dûment rempli **par télécopieur** au 1-800-603-3863
 - 2) **Conserver le formulaire dans le dossier du patient** pour référence future (facultatif)

EnMOUVEMENT: du soutien tout au long de votre cheminement avec l'arthrose

EnMOUVEMENT est un programme de soutien offert sans frais aux personnes à qui SYNVISC® a été prescrit. Par l'intermédiaire de ce programme, vous recevrez l'aide nécessaire pour déterminer les possibilités de remboursement offertes par l'assurance, obtiendrez de l'information sur l'arthrose et serez en mesure d'assumer un rôle actif dans la prise en charge de votre maladie.

Vous avez besoin d'aide concernant votre couverture d'assurance?

Grâce au programme EnMOUVEMENT, vous obtiendrez de l'aide pour défendre vos intérêts auprès de votre employeur ou aurez la possibilité de payer en trois versements égaux.



Mettez-vous EnMOUVEMENT dès maintenant en remplissant le formulaire d'inscription