

1,0 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom (de famille, prénom) : _____ Sexe : M F Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone du domicile : _____ Téléphone au travail : _____ Téléphone cellulaire : _____

Période à privilégier pour les appels : Matin Après-midi Soir Numéro à privilégier : Domicile Travail CellulaireOK de laisser message : Domicile Travail Cellulaire

Courriel : _____

Diagnostic : Maladie de Fabry Génotype AGL : _____

Médicaments actuels : _____

2,0 CONSENTEMENT DU PATIENT

Je, le ou la soussignée, déclare avoir lu les modalités et conditions et je comprends et j'accepte le service offert par le programme, et je comprends et je donne le consentement et la permission figurant **au verso** du présent formulaire.

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

Nom du patient ou de son représentant légal en caractères d'imprimerie : _____ Relation entre le représentant légal et le patient : _____

Oui **Non** Je déclare être âgé de 18 ans ou plus. Je consens à la réception de communications électroniques de l'Administrateur et du Personnel du Programme aux fins de déterminer mon admissibilité au Programme, de réaliser des activités liées au Programme et de me fournir les services du Programme. Les courriels peuvent être envoyés à l'adresse que j'ai fournie. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps.

IMPORTANT : Dans le cas où le Prestataire de soins de santé n'est pas en mesure d'obtenir un consentement écrit du patient, veuillez documenter le moment auquel le consentement oral du patient a été obtenu, et ce, afin de permettre la poursuite du processus d'inscription au programme. Un consentement écrit sera obtenu par le programme. Consentement oral obtenu par le Prestataire de soins de santé.

Nom : _____ Date (JJ/MM/AA) : _____

3,0 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Nom du médecin : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Courriel : _____

Moyen de communication à privilégier : Téléphone Télécopieur Courriel Période à privilégier pour les communications : Matin Après-midi Soir

4,0 ORDONNANCE

NOM DU PRODUIT : **GALAFOLD^{MD} (migalastat HCl) 123 mg gélules dures** 123 mg (1 gélule) une fois tous les deux jours pendant 28 jours Renouvellement X : _____

Instructions particulières : _____

Signature du médecin : _____ Numéro de permis : _____ Date (JJ/MM/AA) : _____

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Télécopier ce formulaire à : 1-833-297-8808

Amicus (le « Fabricant ») a conclu un contrat avec l'Administrateur pour la prestation du Programme d'Assistance Amicus^{MC} (le « Programme »). Dans le cadre de mon inscription au Programme, je consens à ce qui suit :

- Mes Prestataires de soins de santé, l'Administrateur, le Fabricant et le Personnel d'assistance Amicus (le « Personnel du Programme ») peuvent recueillir, utiliser, divulguer entre eux et conserver mes Renseignements médicaux afin de déterminer mon admissibilité au Programme, de réaliser des activités liées au Programme et de m'offrir les services du Programme et
- Le Personnel du Programme peut communiquer avec moi concernant mes Renseignements médicaux ou toute autre information nécessaire à l'administration du Programme.

Je reconnais également que :

- L'Administrateur a l'obligation de recueillir, d'utiliser et de conserver mes Renseignements médicaux à tout moment conformément aux lois applicables y compris la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* ainsi que toute autre législation provinciale essentiellement similaire sur la protection de l'information personnelle applicable.
- Le Personnel du Programme ne posera aucun des gestes suivants : (i) recueillir, utiliser, divulguer ou conserver mes Renseignements médicaux pour toute activité autre que les activités décrites ci-dessus, ou (ii) divulguer mes Renseignements médicaux à toute personne autre que mes Prestataires de soins de santé (y compris Amicus et ses salariés), à moins que les Renseignements médicaux permettant de m'identifier soient retirés (par exemple, mon nom et mon adresse).
- Nonobstant les dispositions précédentes, Amicus peut, directement ou indirectement par l'intermédiaire d'un auditeur tiers, avoir accès aux Renseignements médicaux recueillis par l'Administrateur à des fins de contrôle de la qualité ou pour assurer la conformité de l'Administrateur avec le droit applicable.
- Je peux retirer mon consentement à tout moment en envoyant une demande signée à l'Administrateur par télécopie au numéro de télécopieur mentionné ci-dessus ou par la poste à l'adresse de l'Administrateur mentionnée ci-dessous, mais si je choisis de le faire, je comprends que dans la mesure où mon consentement est nécessaire à la prestation des services du Programme, ma participation au Programme peut être résiliée et, entre autres choses, il se peut que je n'obtienne pas d'aide avec le remboursement de ^{PR}GALAFOLD^{MD}.
- Sauf là où la loi l'interdit, je peux obtenir une copie de mes Renseignements médicaux et corriger toute erreur et/ou poser toute question à l'égard de la collecte, de l'utilisation, de la divulgation et de la conservation de mes Renseignements médicaux à l'Administrateur à l'adresse mentionnée ci-dessous.
- Les appels téléphoniques pour et par l'Administrateur au cours de son administration du Programme d'Assistance Amicus peuvent être surveillés ou enregistrés pour la protection mutuelle de moi-même et de l'Administrateur.
- Mes renseignements médicaux peuvent être recueillis, utilisés, divulgués et/ou conservés en dehors de ma province, de mon territoire ou de mon pays, et les lois de ces pays à l'égard de la vie privée pourraient être moins exigeantes que les lois du Canada et de ses provinces et
- J'ai droit à une copie de ce document.

En signant ci-dessous, je reconnais avoir lu et compris ces conditions.

L'Administrateur est Innomar Strategies Inc. situé au 3470, Superior Court, Oakville (Ontario) L6L 0C4 et 2600, boulevard Alfred-Nobel, Saint-Laurent (Québec) H4S 0A9.

Les **Renseignements médicaux** comprennent, sans s'y limiter, mes renseignements personnels (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, information financière, etc.) et mes renseignements médicaux personnels (antécédents médicaux, état de santé, renseignements relatifs à mon traitement, renseignements relatifs à mon assurance maladie, etc.).

Prestataires de soins de santé comprend, sans s'y limiter, mes médecins, infirmiers, pharmaciens et assureurs médicaux.

Programme d'Assistance Amicus est le NOM DU PROGRAMME et du personnel fourni par Amicus afin d'assister des patients à l'obtention de ^{PR}GALAFOLD^{MD} (Migalastat). Le **Personnel du Programme d'Assistance Amicus** comprend les salariés et consultants de l'Administrateur.

Les différents protagonistes se sont accordés pour que le présent formulaire de consentement ainsi que tous les documents associés y compris les notices d'informations et tout autres communications, seront rédigées en langue anglaise uniquement.

Signature du patient ou de son représentant légal

Date (JJ/MM/AA)

Nom en lettres moulées du patient ou de son représentant légal

Relation du représentant légal avec le patient

Je déclare être âgé de 18 ans ou plus. Je consens à la réception de communications électroniques de l'Administrateur et du Personnel du Programme aux fins de déterminer mon admissibilité au Programme, de réaliser des activités liées au Programme et de m'offrir les services du Programme. Les communications par courriel peuvent être envoyées à l'adresse que j'ai fournie.

Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment.

Oui Non