

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME DART

Téléphone : 1-833-955-DART (3278) • Adresse électronique : info@dartsupport.ca



Veillez envoyer le formulaire dûment rempli par télécopieur, y compris la page du verso portant la signature du patient, au 1 877 208-4393.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (section obligatoire – écrire en caractères d'imprimerie)

Nom	Prénom	Date de naissance JJ/MM/AAAA	
Adresse	Ville	Province/Territoire	Code postal
Courriel	Téléphone à domicile	Cellulaire/Autre	Possibilité de laisser un message <input type="checkbox"/> Tél. à domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire/Autre tél.
Principale personne-ressource	Téléphone	Lien	Meilleur moment pour appeler <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Message texte ou SMS
		Le patient souscrit une assurance privée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Services du programme demandés <input type="checkbox"/> Transition <input type="checkbox"/> Aide financière
		<input type="checkbox"/> Renseignements non disponibles	

RENSEIGNEMENTS SUR LE CENTRE PRESCRIPTEUR

Médecin prescripteur	Spécialité du médecin	Numéro de permis d'exercice	
Clinique/centre de traitement (adresse, étage, numéro de pièce)	Téléphone de la clinique	Télécopieur de la clinique	Adresse électronique de la clinique
Nom de l'infirmière ou de l'intervenant en accès aux médicaments	<input type="checkbox"/> Identique aux renseignements de la clinique ci-dessus	Téléphone de l'infirmière ou de l'intervenant en accès aux médicaments	
Télécopieur de l'infirmière ou de l'intervenant en accès aux médicaments	Adresse élec. de l'infirmière ou de l'intervenant en accès aux médicaments		
Méthode de communication de préférence <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Télécopieur <input type="checkbox"/> Courriel	Moment préféré de la journée pour prendre contact <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Soir		

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE (à remplir par le médecin prescripteur ou envoyer en pièce jointe)

Ordonnance : Comprimé de NUBEQA à 300 mg NUBEQA® (darolutamide) est indiqué pour le traitement des patients atteints de : <ul style="list-style-type: none">cancer de la prostate sensible à la castration métastatique (CPSCm)cancer de la prostate sensible à la castration métastatique (CPSCm), en association au docétaxel	Posologie <input type="checkbox"/> 600 mg (deux comprimés à 300 mg) 2 f.p.j. (1 200 mg/jour) <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____ Quantité/approvisionnement _____ Renouvellements _____ Allergies <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser) _____	Signature du médecin : _____	Date : _____ JJ/MM/AAAA
--	--	------------------------------	-------------------------

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (à remplir par le médecin prescripteur)

Diagnostic médical : CPSCm Confirmer la présence de métastase au-delà de la région des ganglions lymphatiques par imagerie classique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Indice de performance ECOG _____ Confirmer le volume de la maladie <input type="checkbox"/> Volume élevé* <input type="checkbox"/> Volume faible Confirmer la stratification du risque <input type="checkbox"/> Risque élevé* <input type="checkbox"/> Risque faible Confirmer le stade au moment du diagnostic <input type="checkbox"/> De novo <input type="checkbox"/> Récidive	* Le volume élevé est défini, d'après l'étude CHAARTED, comme la présence d'au moins deux des critères suivants : au moins quatre lésions osseuses, dont au moins une au-delà des corps vertébraux et du pelvis; ou métastases viscérales. † Le risque élevé est défini, d'après l'étude LATITUDE, comme la présence d'au moins deux des critères suivants : au moins trois lésions osseuses; et/ou métastases viscérales; et/ou score de Gleason d'au moins 8'.
<input type="checkbox"/> avoir reçu une ordonnance de NUBEQA en association avec un traitement antiandrogénique <input type="checkbox"/> n'a pas reçu de traitement par privation androgénique auparavant dans un contexte métastatique OU reçoit un traitement par privation androgénique depuis moins de 6 mois	<input type="checkbox"/> n'a pas reçu d'IVRA auparavant dans un contexte de CPSCm

Uniquement pour les patients atteints d'une maladie à RISQUE ÉLEVÉ et/ou à VOLUME ÉLEVÉ (remplir ci-dessous)

Les patients atteints de cancer de la prostate métastatique n'ayant pas fait l'objet d'un traitement de castration ou de CPSCm doivent être évalués de manière multidisciplinaire dans la mesure du possible (niveau de preuve 3, recommandation forte). Chez les patients qui peuvent tolérer sans risque le docétaxel et pour qui le docétaxel est jugé approprié, la trithérapie (docétaxel plus IVRA et traitement antiandrogénique) devrait être l'option thérapeutique, plutôt que l'association du docétaxel à un traitement antiandrogénique seul (niveau de preuve 1, recommandation forte).

Le patient sera-t-il orienté vers un service d'oncologie afin d'évaluer son admissibilité précoce à la chimiothérapie (docétaxel)?

<input type="checkbox"/> Oui – Veuillez fournir ci-dessous les renseignements relatifs à l'orientation ou joindre une lettre d'orientation.	<input type="checkbox"/> Non – Veuillez joindre une lettre d'attestation expliquant pourquoi le patient n'est pas admissible à la chimiothérapie.	<input type="checkbox"/> Non – Le médecin qui inscrit le patient est uro-oncologue/oncologue et le patient n'est pas admissible à la chimiothérapie.	
Médecin orienteur _____	Numéro de permis d'exercice _____		
Clinique d'orientation du patient _____	Téléphone de la clinique _____	Télécopieur de la clinique _____	Date du rendez-vous d'orientation (si connue) _____

Le programme DART assurera un suivi dans six semaines pour confirmer que le patient a bien été orienté vers un service d'oncologie (uniquement pour les patients atteints d'une maladie à risque élevé et/ou à volume élevé).

CONSENTEMENT DU PATIENT POUR LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (« AUTORISATION »)

Le programme de soutien aux patients DART (le « programme ») est financé et offert par Bayer Inc., dont les bureaux sont situés au 2920 Matheson Boulevard East, Mississauga (Ontario) L4W 5R6, Canada (« Bayer »). Je comprends que le programme est administré par Bayer et un fournisseur de services tiers retenu par Bayer pour administrer le programme (l'« administrateur du programme »). L'administrateur actuel du programme est le Réseau de santé spécialisé Shoppers Drug Mart/Pharmaprix, dont les bureaux se trouvent au 1685 Tech Avenue, Mississauga (Ontario) L4W 0A7.

Mon fournisseur de soins de santé m'a prescrit le NUBEQA (darolutamide) (le « produit ») pour le traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration (CPSm). Le fabricant dudit produit est Bayer.

Le programme comprend des services tels que de l'assistance en matière de remboursement, des renseignements et, dans certaines circonstances, une aide financière pendant mon traitement par ce produit.

Bayer se réserve le droit de mettre fin au programme ou de modifier ses critères en tout temps, sans préavis ni délai, y compris en confiant le programme à un nouvel administrateur de programme ou en ajoutant des administrateurs de programme pour certains services dans le cadre du programme, y compris pour recevoir ou traiter mes renseignements personnels.

J'ai eu l'occasion de discuter de ce programme avec mon professionnel de la santé; j'ai reçu une copie de l'autorisation et je comprends que la participation au programme est volontaire et sans frais supplémentaires.

En signant la présente autorisation, je consens à ce que le programme recueille, utilise, communique et conserve mes renseignements personnels (tels que définis ci-dessous) afin de déterminer mon admissibilité et permettre ma participation au programme, et de me fournir les services du programme de la manière décrite dans le présent document.

Mes renseignements personnels

Objectifs du programme

Je comprends qu'afin de m'inscrire au programme, moi ou mon professionnel de la santé devons fournir certains renseignements à mon sujet aux fins énoncées dans le paragraphe suivant, et que l'administrateur du programme, au nom de Bayer, pourrait recueillir d'autres renseignements auprès de moi ou de mon professionnel de la santé, y compris mes renseignements personnels et sur ma santé (p. ex., nom, sexe, âge, adresse, numéro de téléphone, adresse électronique, renseignements sur la santé et troubles de santé tels qu'ils affectent mon traitement) (collectivement, mes « renseignements personnels »). Je comprends qu'en l'absence de circonstances exceptionnelles, telles que des exigences réglementaires, les renseignements reçus par Bayer de la part de l'administrateur du programme ne comprendront pas d'identifiants directs tels que mon nom et mon adresse. Bayer recevra plutôt mes renseignements dans un format codé et dépersonnalisé qui fait référence à un numéro de patient unique qui m'aura été attribué.

J'autorise et je consens à la communication de mes renseignements personnels à Bayer et à son administrateur aux fins du programme, et j'autorise Bayer et son administrateur à recueillir, à utiliser et à communiquer mes renseignements personnels, y compris avec mon ou mes professionnels de la santé, dans le but de :

- gérer et administrer le programme, y compris pour m'inscrire au programme, ce qui peut également inclure des communications avec moi à propos du programme, de l'assistance en ligne, des services d'aide financière, de l'aide à la quote-part, et des services de conformité et de persistance;
- communiquer avec mon professionnel de la santé au sujet des prestations, de la couverture et des soins médicaux;
- remplir toute obligation juridique de déclaration (p. ex., signaler des effets indésirables aux autorités réglementaires);
- trouver une pharmacie qui peut exécuter mon ordonnance et faciliter la délivrance de mon ordonnance par la pharmacie de mon choix;
- me fournir du matériel didactique, des informations et des services liés à mon expérience de traitement avec mon médicament/ma maladie;
- mener des sondages sur la satisfaction du patient, des analyses de données et d'autres activités internes liées à l'évaluation, au perfectionnement et à l'amélioration du programme, ainsi que des produits et services qui y sont associés.

Optionnel : Utilisations pour d'autres programmes et pour la recherche générale

Je comprends également que, à moins que je ne choisisse de refuser ces utilisations en cochant la case ci-dessous, mes renseignements personnels peuvent être utilisés et analysés par Bayer et son administrateur de programme à d'autres fins qui ne sont pas directement liées à l'administration du programme, à savoir :

- contribuer à la conception et à la mise en œuvre d'autres programmes axés sur le patient;
- à des fins de recherche générale, y compris par exemple :
 - comprendre comment les patients utilisent le produit et le programme et comment cela peut être lié à l'utilisation d'autres produits et programmes connexes;
 - évaluer les tendances liées à l'observance des schémas thérapeutiques par les patients et à l'efficacité de ces schémas;
 - me contacter au sujet d'une participation potentielle à des initiatives de recherche ou d'étude liées au produit et/ou au programme.

Dans le cadre de l'utilisation des renseignements personnels à des fins de conception de programmes et de recherche, Bayer et son administrateur du programme peuvent combiner mes renseignements personnels avec les renseignements d'autres personnes participant au programme et d'autres programmes commandités par Bayer, afin de générer des données anonymisées et agrégées qui peuvent être utilisées par Bayer ou communiquées à des tiers à des fins de recherche, y compris des recherches et des publications scientifiques futures. Je comprends que mes renseignements ne seront communiqués qu'à des fins de recherche ou publiés dans un format agrégé, et jamais de manière à m'identifier par mon nom ou d'autres identifiants.

Je comprends que les utilisations de mes renseignements personnels décrites dans le présent paragraphe sont facultatives et ne sont pas nécessaires à ma participation au programme.

Je ne souhaite pas que mes renseignements personnels soient utilisés par Bayer aux fins facultatives décrites dans la section intitulée **Optionnel : Utilisations pour d'autres programmes et pour la recherche générale**.

Confidentialité et communication

Je comprends que Bayer et l'administrateur du programme préserveront la confidentialité de mes renseignements personnels et n'utiliseront ces renseignements qu'aux fins énoncées dans la présente autorisation. Je comprends également que, de temps à autre, Bayer et l'administrateur du programme pourraient devoir communiquer mes renseignements personnels à des tiers participant à la mise en œuvre du programme ou à des fins de santé et de sécurité, réglementaires et juridiques, y compris :

- mon ou mes professionnels de la santé aux fins du programme;
- les fournisseurs de services tiers autorisés par Bayer (y compris tout nouvel ou autre administrateur du programme) pour offrir des services au nom de Bayer aux fins énoncées dans la présente autorisation;
- le Service de la pharmacovigilance de Bayer afin de se conformer aux obligations en matière de déclaration, y compris à la suite d'un effet indésirable, d'une plainte technique liée au produit, d'un problème d'utilisation ou de tout autre événement en lien avec l'innocuité du produit;
- les vérificateurs à des fins de vérification et d'inspection visant à assurer la gestion et l'administration adéquates du programme; et
- les autorités chargées de l'application de la loi et autres agences gouvernementales afin de se conformer aux obligations juridiques et de répondre aux exigences licites.

Je comprends que mes renseignements personnels pourraient être recueillis, utilisés, communiqués ou conservés en dehors de ma région ou de mon pays, et que les lois sur la protection de la vie privée de ces territoires de compétence peuvent être moins strictes que celles du Canada, de ma région ou de mon pays. Je comprends aussi que mes renseignements personnels seront conservés pendant au moins sept (7) ans après la fin du programme ou comme cela peut être exigé par la suite afin de se conformer aux obligations juridiques.

Mes droits en matière de protection de la vie privée

Je comprends que je peux refuser de signer la présente autorisation et que, sous réserve de restrictions légales et contractuelles, je peux retirer mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication ultérieures par Bayer et l'administrateur du programme de mes renseignements personnels relatifs à l'ensemble ou à une partie des services ou des utilisations, en tout temps, en communiquant avec l'administrateur du programme. Mon choix de donner mon consentement ou de le retirer ultérieurement ne changera pas la façon dont mon professionnel de la santé m'administre le traitement, mais peut avoir une incidence sur ma capacité à participer au programme ou à recevoir de l'aide de celui-ci à partir de la date du retrait. L'effet du retrait de mon consentement, en tout ou en partie, sur ma participation au programme me sera expliqué au moment où j'indiquerai mon souhait de retirer mon consentement.

Je comprends que, si la loi applicable le permet et sous réserve de celle-ci, je peux communiquer avec l'administrateur du programme pour exercer des droits supplémentaires en matière de protection de la vie privée, notamment le droit d'accéder à mes renseignements personnels, de les corriger/rectifier ou de demander leur suppression, le droit d'obtenir des informations sur le traitement de mes renseignements personnels, le droit de demander que mes renseignements personnels soient communiqués ou transférés à moi-même ou à un tiers dans un format technologique structuré et couramment utilisé, et le droit de déposer une plainte auprès de l'autorité responsable de la protection des données.

Je peux communiquer avec l'administrateur du programme pour toute information concernant mes renseignements personnels, mes droits en matière de protection de la vie privée ou la présente autorisation à : Téléphone : 1-833-955-DART (3278); Adresse électronique : info@dartsupport.ca.

Mon consentement

Ma signature atteste que j'ai lu et compris le consentement du patient pour la collecte, l'utilisation et la communication des renseignements personnels (ou « autorisation ») et que j'en accepte les modalités.

Nom complet du patient (en lettres moulées) : _____

Signature du patient ou de son représentant* : _____ Date : JJ/MM/AAAA

Pour le représentant du patient – Lien avec le patient : _____

* REMARQUE : Le représentant du patient doit être une personne légalement habilitée et autorisée à prendre des décisions au nom du patient en ce qui concerne ses renseignements personnels et ses soins de santé lorsque le patient n'est pas légalement apte à le faire.

S'il n'est pas possible d'obtenir le consentement écrit du patient, veuillez consigner le consentement verbal.

Personne ayant obtenu le consentement verbal : _____

Signature de la personne ayant obtenu le consentement verbal : _____

Lien avec le patient : _____

Date à laquelle le consentement verbal a été obtenu : JJ/MM/AAAA

(Le consentement verbal ne s'applique qu'aux provinces autres que l'Alberta. En vertu de la loi de l'Alberta, le consentement verbal n'est pas permis.)

Veuillez consulter la monographie de produit au <https://www.bayer.com/sites/default/files/2020-11/nubeqa-pm-fr.pdf> pour connaître les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les réactions indésirables, les interactions, la posologie et les conditions de l'utilisation clinique. Vous pouvez également obtenir la monographie en téléphonant au Service de l'information médicale de Bayer au 1 800 265-7382.

Références : 1. Monographie de produit de NUBEQA, Bayer Inc. 2. So AI, et al. 2025 Canadian Urological Association-Canadian Uro-oncology Group Guideline: Metastatic castration-naïve and castration-sensitive prostate cancer (Update). *CUAJ* 2025;19(5):E142–52.

