

# Inscription au programme 'MyActive'

## Demande de service pour l'administration d'Aclasta®



— De préférence, apposez une vignette —

Veuillez envoyer ce formulaire à Remedus par fax au 03 / 877 85 80 ou par e-mail à: [myactive@remedus.be](mailto:myactive@remedus.be). L'original doit être remis au patient. N'oubliez pas de remettre à votre patient la prescription pour le pharmacien et la demande de remboursement.

Je soussigné, médecin traitant spécialiste, confirme être bien informé sur le service et souhaite inclure le patient suivant :

### DONNÉES DU PATIENT

Nom : ..... Adresse : .....

Prénom : ..... Code postal & localité : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Téléphone/GSM : .....

E-mail : .....

Je soussigné, prescris pour le patient susmentionné la mise en place et la surveillance d'une perfusion intraveineuse, ainsi que l'administration d'un médicament par voie intraveineuse.

Par la présente je demande à Remedus la prestation susmentionnée.

### MEDICATION / RAPPORT MEDICAL

Aclasta® 5 mg

Indication : .....

Date de la 1<sup>ère</sup> perfusion : ..... / ..... / .....

Durée de perfusion : minimum 15 minutes.

Vitesse de perfusion : à vitesse constante.

Commentaires : .....

*En plus du traitement prescrit, il est important que tout patient souffrant d'ostéoporose ait un apport quotidien suffisant de calcium et de vitamine D<sup>1</sup>*

### IDENTIFICATION DU MÉDECIN DEMANDEUR

Nom de l'institution : .....

Nom du médecin : .....

Numéro INAMI : .....

Téléphone : .....

Date : ..... / ..... / .....

Je soussigné, le médecin demandeur, accepte / refuse que mes coordonnées personnelles soient communiquées par Remedus à Novartis pour le suivi éventuel d'événements indésirables ou autres incidents rapportés dans le cadre de ce programme.

- J'accepte  
 Je refuse

- Je soussigné, le médecin demandeur, fournis le formulaire de demande et le consentement éclairé du patient à Remedus. Remedus doit avoir les deux documents pour démarrer le programme. Si Remedus ne reçoit pas le consentement éclairé, je suis d'accord que Remedus fasse signer un consentement éclairé au patient.

Signature du patient pour accord :

Signature et cachet du médecin :

MyActive® est une collaboration entre Remedus et Novartis Pharma S.A.

En vertu du Règlement Général sur la protection des données (EU) 2016/679 et toute loi locale existante ou future relative à la protection des données personnelles, vous avez entre autres le droit de consulter, de rectifier, de modifier et de supprimer des données vous concernant. Cela peut se faire en nous envoyant un courrier à l'adresse suivante : REMEDUS, Boomsesteenweg 44, 2630 Aartselaar.

1. International Osteoporosis Foundation. The Adherence Gap: Why Osteoporosis Patients Don't Continue With Treatment. International Osteoporosis Foundation; 2005

# Formulaire de consentement pour Patients pour Participation au programme de soutien « MyActive » (« Informed Consent »)



Je, soussigné(e), (nom du (de la) patient(e)) : ....., ai été informé(e) par mon médecin traitant ..... (nom du médecin) de la nature, l'objectif et la durée du programme de soutien pour patients « MyActive », qui est un programme qui m'aidera à démarrer le traitement et à le continuer.

Le programme de soutien « MyActive » est géré par Remedus BVBA, ayant son siège social à 2630 Aartselaar, Boomsesteenweg 44, et qui agit comme responsable du traitement des données personnelles dans le cadre de la participation au programme de soutien « MyActive ».

En soussignant ce document je suis inscrit(e) dans le programme de soutien « MyActive ». Tous les contacts que je pourrai avoir dans le cadre de ce programme sont strictement confidentiels. Je peux quitter le programme à tout moment en contactant Remedus par e-mail (info@remedus.be) ou par téléphone (03/870.43.90).

Je comprends qu'un infirmier/infirmière ou un coach de Remedus me rendra visite après rendez-vous téléphonique dans le cadre du programme « MyActive ».

Mes données médicales personnelles seront traitées confidentiellement par Remedus sur base de l'art. 9, §2, b) du RGPD (permission explicite de la personne concernée). Ainsi, le secret médical et la législation belge sont respectés tout comme la Loi belge du 22 août 2002 en ce qui concerne les droits du patient.

J'autorise que mes données médicales personnelles, comme les prises de médicaments, les soins infirmiers reçus, les paramètres vitaux mesurés et les symptômes recueillis pour suivre mon état de santé, soient sauvegardées dans les fichiers de données électroniques de Remedus pour que ces informations puissent être rendues disponibles aux personnes soignantes concernées. Ce suivi a comme but, entre autres, de pouvoir détecter à un stade précoce des changements dans mon état de santé pour éventuellement adapter le traitement rapidement et d'éviter d'éventuelles complications ou des hospitalisations. Je comprends que je recevrai des conseils de coaching de la part de Remedus par téléphone ou en ligne.

J'autorise aussi que Remedus contacte mon médecin traitant et demande ou fournisse des informations médicales si cela s'avère utile pour mon suivi médical.

Je comprends que j'ai le droit de demander à Remedus de consulter mes données médicales personnelles, de les rectifier, de les effacer, d'en limiter les restrictions ou de les transférer. Je peux aussi à tout moment retirer ma permission sans pour autant donner une raison spécifique. Je comprends que le fait de retirer ma permission mettra fin aux services de Remedus. Pour toutes ces demandes, je peux envoyer une lettre à Remedus à : Remedus, Boomsesteenweg 44 , 2630 Aartselaar ou envoyer un e-mail à info@remedus.be

Mes données personnelles et médicales seront gardées par Remedus aussi longtemps que nécessaire pour répondre à toutes les exigences légales, scientifiques ou autres demandes imposées à Remedus.

Je suis d'accord que Remedus peut anonymiser mes données médicales personnelles et utiliser cette information anonyme, afin d'évaluer la qualité du suivi et pour déterminer l'effet de ce suivi sur mon utilisation de médication, mon état de santé et le coût de mon traitement. Cette information anonymisée peut aussi être utilisée pour des recherches scientifiques et des études de marché, pour identifier des tendances et pour en faire des rapports que Remedus pourrait donner à des pouvoirs publiques ou d'autres organisations qui développent, approuvent, suivent, offrent, vendent ou remboursent l'utilisation de certains médicaments ou des traitements non-médicamenteux.

Pour d'éventuelles réclamations concernant le traitement de mes données personnelles et médicales, je peux me tourner vers la Commission pour la Protection de la Vie Privée [www.privacycommission.be](http://www.privacycommission.be) ou toute autre autorité compétente.

Je confirme avoir reçu et lu l'information ci-dessus. Je confirme également que je souhaite participer à « MyActive » et j'autorise à partager mes données personnelles et médicales comme décrit ci-dessus. Je recevrai une copie de ce formulaire signé et daté pour mon administration personnelle.

Nom et signature de la personne ou du tuteur si <18 qui a expliqué « MyActive »

..... / ..... / 20.....