

FORMULAIRE D'ENTENTE PATIENT-PRESCRIPTEUR RevAid – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nous pouvons recueillir et utiliser les types de renseignements ci-dessous aux fins suivantes :

Catégorie de renseignements personnels	Source	Types de renseignements possiblement recueillis	Utilisations possibles
Renseignements d'identité et coordonnées	<ul style="list-style-type: none"> • Directement de vous • De tout prescripteur, pharmacien ou professionnel de la santé qui a un lien avec votre traitement par la lénalidomide, la pomalidomide ou la thalidomide • De tout représentant apte à prendre des décisions 	<ul style="list-style-type: none"> • Nom • Nom d'utilisateur • Identifiant d'accès en ligne • Adresse courriel • Adresse postale • Numéro de télécopieur • Adresse du protocole Internet • État civil • Date de naissance • Sexe déclaré 	<ul style="list-style-type: none"> • Vous identifier et authentifier votre identité • Communiquer avec vous • Déterminer votre admissibilité à des services, à des programmes ou à des produits, y compris des programmes de soutien aux patients, des programmes de recherche ou d'autres services • Vous inscrire au programme RevAid et vous offrir des produits et services, y compris des programmes de soutien aux patients, des programmes de recherche ou d'autres services • Administrer, gérer, analyser et améliorer nos programmes, produits et services, y compris des programmes de soutien aux patients, des programmes de recherche ou d'autres services • Fournir des conseils, de l'information, des services et d'autres renseignements relatifs au programme RevAid et répondre aux exigences de ce programme • Vous fournir de l'aide et des renseignements pertinents relativement à nos produits ou services • Répondre à vos demandes
Données biométriques et renseignements fondés sur les caractéristiques physiques	<ul style="list-style-type: none"> • Directement de vous • De tout prescripteur, pharmacien ou professionnel de la santé qui a un lien avec votre traitement par la lénalidomide, la pomalidomide ou la thalidomide • De tout représentant apte à prendre des décisions 	Des données qui peuvent contenir des renseignements permettant l'identification de votre : <ul style="list-style-type: none"> • Âge • Sexualité ou vie sexuelle • Sommeil • Santé • Activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer et vérifier votre admissibilité et votre couverture relativement au programme RevAid ou à des programmes de soutien aux patients, des programmes de recherche ou d'autres services • Administrer, gérer, analyser et améliorer le programme RevAid, les programmes de soutien aux patients, les programmes de recherche ou d'autres services • Aider à gérer ou signaler les situations d'urgence, y compris les réactions indésirables, qui peuvent survenir durant votre inscription au programme RevAid • Analyser et mieux comprendre vos besoins, préférences et intérêts, ainsi que ceux des autres intervenants RevAid
Renseignements sur la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Directement de vous • De tout prescripteur, pharmacien ou professionnel de la santé qui a un lien avec votre traitement par la lénalidomide, la pomalidomide ou la thalidomide • De tout représentant apte à prendre des décisions • Autre société pharmaceutique 	Tout renseignement détenu ou obtenu par un professionnel de la santé, un service de soins de santé, une société pharmaceutique ou un agent contractuel ou provenant de ceux-ci concernant : <ul style="list-style-type: none"> • les antécédents médicaux d'une personne • les antécédents familiaux • les problèmes médicaux • l'historique de médicaments prescrits • l'état mental ou physique ou son traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer et vérifier votre admissibilité au programme RevAid et à ses services, y compris aux programmes de soutien aux patients, aux programmes de recherche ou à d'autres services • Vous inscrire au programme RevAid et vous offrir des produits et services, y compris des programmes de soutien aux patients, des programmes de recherche ou d'autres services • Administrer, gérer, analyser et améliorer le programme RevAid, les programmes de soutien aux patients, les programmes de recherche ou d'autres services • Aider à gérer ou signaler les situations d'urgence, y compris les réactions indésirables, qui peuvent survenir durant votre inscription au programme RevAid • Effectuer des suivis, de la surveillance, des enquêtes et des vérifications, ainsi qu'assurer la conformité à nos politiques, aux conditions relatives aux produits et services et aux exigences juridiques et réglementaires, y compris à des fins de surveillance de l'innocuité, de pharmacovigilance et de réglementation sanitaire • Analyser et mieux comprendre vos besoins, préférences et intérêts, ainsi que ceux des autres intervenants RevAid
Information audiovisuelle et autres renseignements relatifs à l'interaction	Directement de vous, automatiquement (comme lorsque nous enregistrons des appels à notre centre d'appels) et de tiers fournisseurs de services	<ul style="list-style-type: none"> • Enregistrements et transcriptions d'appels téléphoniques • Communications écrites (courriels, lettres, clavardage en ligne, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à l'assurance de la qualité et former le personnel • Vous fournir les services et les renseignements que vous demandez • Communiquer avec vous et répondre à vos demandes de renseignements • Comprendre vos préoccupations et améliorer votre expérience • Assurer la conformité et la tenue de documents

