

// INSCRIPTION, ORDONNANCE ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT

Doit être envoyé directement du cabinet du médecin.

Une fois le formulaire rempli, veuillez l'envoyer par télécopieur à **RX SPÉCIALISÉS BAYSHORE** au **1-855-438-2314**.

Renseignements sur le **PATIENT** *Requis

*PRÉNOM :	SECOND PRÉNOM :	*NOM DE FAMILLE :
*COURRIEL :		
*TÉL. : (MAISON)	(CELLULAIRE)	(TRAVAIL)
MEILLEUR MOMENT POUR APPELER : <input type="checkbox"/> 8 h à 12 h <input type="checkbox"/> 12 h à 18 h <input type="checkbox"/> 18 h à 21 h	*LANGUE PRÉFÉRÉE : ANGLAIS <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/>	
*ADRESSE :		

Renseignements sur le **CABINET** Réservé à l'usage du cabinet

*NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :	*TÉL. : (CABINET)
ADRESSE DU CABINET :	



SECTION DU PRESCRIPTEUR Veuillez et donner l'information requise ci-dessous.



TROUSSE DE DÉMARRAGE FreeStyle Libre

Pour les patients qui utilisent FreeStyle Libre pour la première fois. La trousse de démarrage FreeStyle Libre contient :

- // 1 lecteur FreeStyle Libre
- // 2 capteurs FreeStyle Libre (2 capteurs/28 jours)

Renouveler le **CAPTEUR** FreeStyle Libre

Pour les patients utilisant FreeStyle Libre qui ont besoin de capteurs FreeStyle Libre supplémentaires :

_____ capteurs Répéter _____ fois
26 capteurs = pour une période de 12 mois

Attestation du prescripteur : Je certifie que cette ordonnance est un original et que cette pharmacie en est la seule réceptrice. L'original ne sera pas réutilisé.

*SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :	N° DE PERMIS D'EXERCER :	*DATE : (JJ/MM/AAAA) : ___ / ___ / ___
---	--------------------------	---

CONSENTEMENT DU PATIENT VEUILLEZ LIRE AU VERSO L'INFORMATION RELATIVE AU CONSENTEMENT DU PATIENT ET AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.

Ma signature ci-dessous confirme que j'ai lu et compris le texte sur le consentement du patient et les renseignements personnels et que je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels conformément à ces conditions.

*SIGNATURE DU PATIENT :	*DATE : (JJ/MM/AAAA) : ___ / ___ / ___
-------------------------	---

À CONSERVER PAR LE PATIENT

Votre professionnel de la santé a envoyé votre ordonnance pour le système FreeStyle Libre à Rx spécialisés Bayshore, limitée. Voici les prochaines étapes :

1. Vous recevrez un appel de Rx spécialisés Bayshore, limitée, pour vous inscrire **OU** rendez-vous au à <https://libre.myfreestyle.ca/creation-compte> pour vous inscrire en ligne.

2. Veuillez vous assurer d'avoir sous la main l'information suivante relative à votre régime d'assurance (ou à tout autre régime auquel vous êtes admissible; p. ex., régime de votre conjoint[e], de votre parent) lorsque Bayshore communiquera avec vous :

Nom de la personne assurée : _____

Lien de parenté avec la personne assurée : _____

Nom du patient : _____ Date de naissance du patient : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ___

Compagnie d'assurance : _____ Groupe/régime/n° de police/ID : _____

ID du membre : _____

3. Bayshore communiquera avec vous s'il y a un solde à payer après le remboursement par votre assureur.

Si vous n'êtes pas admissible actuellement à une couverture d'assurance, mais souhaitez tout de même commander le système FreeStyle Libre, veuillez visiter www.FreeStyleLibre.ca.



CONSENTEMENT DU PATIENT – Pour les nouveaux patients seulement

Je consens à autoriser mes fournisseurs de soins de santé, incluant les médecins ou les infirmières, à divulguer mes renseignements personnels à Rx spécialisés Bayshore afin de faciliter mon obtention de FreeStyle Libre et de recevoir de l'information supplémentaire à propos de FreeStyle Libre. Je comprends qu'il ne s'agit pas d'une commande de FreeStyle Libre, mais plutôt d'un formulaire de consentement à ce que Rx spécialisés Bayshore communique avec moi pour me donner davantage d'information sur le produit. Je consens à ce que Rx spécialisés Bayshore communique avec moi à cette fin. J'accepte également que Rx spécialistes Bayshore partage mes renseignements personnels, qu'ils aient été recueillis auprès de moi-même ou de mes fournisseurs de soins de santé, avec des assureurs publics (gouvernement) ou privés à des fins de remboursement ou de commandes de produits. Les renseignements personnels peuvent inclure mon nom, mon état médical, mon adresse et le numéro de téléphone apparaissant sur le présent Formulaire de consentement du patient (le « Formulaire de consentement ») ou sur mon ordonnance (le cas échéant). Pour en savoir plus sur la politique et les pratiques de Rx spécialisés Bayshore en matière de confidentialité, veuillez envoyer une demande écrite à : 2101 Hadwen Road, Mississauga, Ontario, L5K 2L3.

Mes renseignements personnels ne seront ni utilisés ni divulgués par Rx spécialisés Bayshore à des fins autres que celles décrites ci-dessus, à moins que l'information permettant de m'identifier directement ne soit d'abord supprimée, ou sauf si la divulgation de ces renseignements est autorisée ou requise par la loi.

Je comprends et accepte que :

- Je n'ai pas à signer le présent Formulaire de consentement, mais si je ne le fais pas, mes fournisseurs de soins de santé ne pourront pas divulguer mes renseignements personnels à Rx spécialisés Bayshore et je ne pourrai pas bénéficier des services fournis par Rx spécialisés Bayshore (à moins de communiquer directement moi-même avec Rx spécialisés Bayshore).
- En donnant mon adresse électronique (courriel) sur le présent Formulaire de consentement, j'accepte que Rx spécialisés Bayshore m'envoie des communications par courriel à des fins de remboursement ou de commandes de produits. Mon adresse électronique ne peut être utilisée à d'autres fins.
- Je peux demander à avoir accès à mes renseignements, corriger toute erreur dans ces renseignements ou révoquer (retirer) mon consentement en tout temps en envoyant par courrier ou par télécopieur une lettre signée de demande d'accès, de correction ou de révocation à l'adresse de Rx spécialisés Bayshore ci-dessus; mais si je révoque mon consentement, je pourrais être incapable de bénéficier des services fournis par Rx spécialisés Bayshore.
- J'ai le droit d'avoir une copie du présent Formulaire de consentement.
- Mes renseignements personnels seront principalement conservés au Canada; cependant, au cas où ils seraient conservés et traités en dehors du Canada, je reconnais qu'ils seront assujettis aux lois de ce pays, qui peuvent être différentes de celles du Canada.
- Mes renseignements personnels peuvent être partagés avec des tiers fournisseurs de service en cas de nécessité absolue et seulement aux fins énoncées ci-dessus, conformément au présent Formulaire de consentement et à la politique et aux pratiques de Rx spécialisés Bayshore en matière de confidentialité.
- Mes renseignements personnels peuvent être partagés avec des fournisseurs de soins de santé, des assureurs ou des tiers fournisseurs de service de Rx spécialisés Bayshore sur demande et seulement aux fins énoncées ci-dessus, conformément au présent Formulaire de consentement et à la politique et aux pratiques de Rx spécialisés Bayshore en matière de confidentialité.