

Les prescripteurs peuvent utiliser ce formulaire pour demander une liste de leurs patients des 12 derniers mois qui sont inscrits au Régime d'assurance-médicaments ou au Programme d'aide pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une incapacité pour vérifier si ces personnes pourraient devoir passer à une version biosimilaire de leur médicament.

Renseignements sur le prescripteur			
Prénom		Nom de famille	
Adresse de la clinique			
Numéro de licence ou d'inscription	Téléphone	Télécopieur	
Signature du prescripteur			Date AAAA / MM / JJ

Envoyez le formulaire dûment rempli par télécopieur au Régime d'assurance-médicaments ou au Programme d'aide pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une incapacité, au 867-393-6486. La liste des patients sera envoyée par télécopieur au numéro de téléphone que vous avez inscrit sur ce formulaire.

Pour de plus amples renseignements sur l'initiative des biosimilaires, visitez le site Web yukon.ca/fr/soutien-aux-patients-dans-la-transition-aux-medicaments-biosimilaires.

Les renseignements personnels sont recueillis, utilisés et communiqués en conformité avec la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* du Yukon et les autres lois applicables. On peut consulter les pratiques de Santé et Affaires sociales en matière de renseignements au yukon.ca/fr/protection-renseignements-medicaux ou écrire à l'agent de protection de la vie privée à healthprivacy@yukon.ca.