

Révisé en mars 2009

# Programme humanitaire d'accès aux contraceptifs : **formulaire d'inscription / d'admissibilité**



LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS  
ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

780 promenade Echo Drive, Ottawa, Ontario K1S 5R7  
Tel/Tél.: 1 800 561-2416 or/ou (613) 730-4192  
Fax/Télec.: (613) 730-4314 [www.sogc.org](http://www.sogc.org)

**TÉLÉCOPIEZ CE FORMULAIRE AU NUMÉRO SANS FRAIS 1 866 888-PILL (7455)  
OU REMPLISSEZ LE FORMULAIRE DE DEMANDE EN LIGNE À [WWW.SOGC.ORG/HUMANITAIRE](http://WWW.SOGC.ORG/HUMANITAIRE)**

Médecin traitant : VEUILLEZ IMPRIMER, DACTYLOGRAPHIER OU ÉTAMPER (APPOSEZ L'ÉTAMPE ICI)

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse du bureau : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Numéro de tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Télécopieur : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Veillez indiquer vos heures de **bureau / clinique aux fins de la livraison** : \_\_\_\_\_

## Information posologique

Nom du contraceptif	Plaquette alvéolaire		Durée requise
<input type="radio"/> Alesse	-----	<input type="radio"/> 28 jours	<input type="radio"/> 6 mois
<input type="radio"/> Marvelon	<input type="radio"/> 21 jours	-----	<input type="radio"/> 6 mois
<input type="radio"/> Tri-Cyclen Lo	<input type="radio"/> 21 jours	<input type="radio"/> 28 jours	<input type="radio"/> 6 mois
<input type="radio"/> Yasmin	<input type="radio"/> 21 jours	<input type="radio"/> 28 jours	<input type="radio"/> 6 mois
<input type="radio"/> YAZ 24/4	-----	<input type="radio"/> 28 jours	<input type="radio"/> 6 mois
<input type="radio"/> Timbre contraceptif transdermique EVRA			<input type="radio"/> 3 mois
<input type="radio"/> Anneau contraceptif vaginal NuvaRing			<input type="radio"/> 3 mois

Suggestions ou commentaires: \_\_\_\_\_

Ce programme est réservé à des fins humanitaires. Au meilleur de mes connaissances, la patiente pour qui cette demande est faite :

- n'a pas accès à un régime de remboursement et;
- elle ne peut défrayer le coût du médicament ou du co-paiement du régime d'assurance.

Numéro d'identification du programme humanitaire d'accès aux contraceptifs : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Toute l'information requise ci-haut doit être fournie afin de traiter cette demande.

- \* Nota :
- Communiquez avec la SOGC si vous n'avez pas reçu la confirmation de votre commande dans les deux jours ouvrables suivant votre demande.
  - Prévoyez de 4 à 6 semaines pour la livraison.
  - Le Programme humanitaire d'accès aux contraceptifs fournit des ordonnances gratuites, pour une durée de six mois (3 mois pour NuvaRing et EVRA), pour les patientes dont la situation financière les empêche d'obtenir des contraceptifs. Vous pouvez soumettre une nouvelle demande après cette période si votre patiente satisfait les critères du programme.

Un numéro de suivi vous sera assigné par la SOGC à la confirmation de votre commande. \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ est votre numéro de suivi.

## RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU DU MÉDECIN

Veillez remplir cette section APRÈS avoir télécopié le formulaire au numéro sans frais - 1 866 888-PILL (7455).

Nom de la patiente : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Numéro de dossier : \_\_\_\_\_



## Programme humanitaire d'accès aux contraceptifs



LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS  
ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

780 promenade Echo Drive, Ottawa, Ontario K1S 5R7  
Tel/Tél. : 1 800 561-2416 or/ou (613) 730-4192  
Fax/Télec. : (613) 730-4314 [www.sogc.org](http://www.sogc.org)

### Lorsque les patientes n'ont pas les moyens

Lorsque la situation financière de la patiente empêche cette dernière d'obtenir un contraceptif, les fournisseurs de soins de santé peuvent faire la demande d'échantillons gratuits par l'entremise du Programme humanitaire d'accès aux contraceptifs. Administré par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), ce programme assure l'accès aux contraceptifs aux patientes qui n'ont pas les moyens de se les payer.

Une patiente est admissible à recevoir des contraceptifs pour des raisons humanitaires si elle ne bénéficie pas d'un régime d'assurance privé ou d'une aide gouvernementale, et qu'elle a besoin de plus qu'un simple échantillon parce qu'elle n'est pas en mesure d'en déboursier les coûts.

Pour obtenir des échantillons à des fins humanitaires, les professionnels de la santé doivent télécopier le « Formulaire de demande » dûment rempli au numéro sans frais 1 866 888-PILL. Les demandes sont ensuite comblées par les fabricants de contraceptifs participants et les contraceptifs sont livrés à votre cabinet.

Pour de plus amples renseignements au sujet de ce programme, communiquez avec la SOGC au 1 800 561-2416. Vous pouvez obtenir des formulaires supplémentaires auprès de vos représentants pharmaceutiques de Bayer, Janssen-Ortho, Organon et Wyeth ou du bureau national de la SOGC, ainsi que sur le site Web de la SOGC.

*Veillez utiliser les échantillons selon la forme prévue, qui consiste à expliquer la séquence d'administration correcte aux patientes et à offrir un accès immédiat à la contraception. Nous vous invitons également à encourager la double protection lorsque cela est approprié. La majorité des femmes qui commencent à utiliser un contraceptif auraient intérêt à utiliser une méthode contraceptive d'appoint, outre le condom, afin de se protéger contre les infections transmissibles sexuellement. La nécessité qu'ont les patientes de se rendre à une pharmacie après leur première visite au cabinet médical est l'une des façons de les encourager, elles et leurs partenaires, à se procurer des condoms pendant qu'elles attendent que leur ordonnance soit remplie.*

### Formulaire d'inscription au Programme

TÉLÉCOPIEZ CE FORMULAIRE AU NUMÉRO SANS FRAIS 1 866 888-PILL (7455)

#### Formulaire d'inscription

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Désignation :  MD  inf. aut.  IP  SF aut. Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Nom de la clinique : \_\_\_\_\_

Adresse du bureau : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Numéro de tél. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Télécopieur : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Instructions concernant l'envoi (à remplir en cas d'indications particulières comme les heures d'opération, la personne-ressource, etc.) : \_\_\_\_\_

#### Nombre d'identification

Pour que nous puissions traiter votre demande, nous devons avoir votre signature en dossier pour la période courante.

N° de licence : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_