AURO-CLADRIBINE
PATIENT ENROLLMENT FORM

AuroCare+

Phone: 1-877-230-5612 | support@aurocare.ca | **Fax:** 1-833-479-0748 | Monday to Friday 8AM - 5PM EST

1. PATIENT INFORMATION

DOB (dd/mm/yy) Gender

First Name: Last Name: / / M F

Address: Preferred Language: English: French:

City: Province: Postal Code:

E-mail: Phone: Mobile:

Health Card #: Preferred Contact Method: Best Contact Time:

Allergies: Consent to Leave a Message on: Home: Mobile: Work:

2. AURO-CLADRIBINE TREATMENT INFORMATION

Diagnosis: Auro-Cladribine Prescription: **10mg** Which treatment year is the patient in? 1 2

3. DOSING REGIMEN & SCHEDULE REVISION

What is the patient's current weight? **kg** Has the patient been medically cleared to start treatment ? YES NO

Please proceed to complete the table below using the patient's current weight, to determine prescribed dose and regimen:

AURO-CLADRIBINE WEIGHT-BASED DOSING SCHEDULE TABLE

WEIGHT	WEEK 1						WEEK 2					
Weight Range (kg)	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5	Total Tablets Week 1	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5	Total Tablets Week 5
40 to < 50	1	1	1	1	0	4	1	1	1	1	0	4
50 to < 60	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5
60 to < 70	2	1	1	1	1	6	2	1	1	1	1	6
70 to < 80	2	2	1	1	1	7	2	2	1	1	1	7
80 to < 90	2	2	2	1	1	8	2	2	1	1	1	7
90 to < 100	2	2	2	2	1	9	2	2	2	1	1	8
100 to < 110	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	1	9
110 and above	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10

Please complete and submit the form by: Fax: 1-833-479-0748 -OR- email to: support@aurocare.ca

AURO-CLADRIBINE
PATIENT ENROLLMENT FORM

AuroCare+

Phone: 1-877-230-5612 | support@aurocare.ca | **Fax:** 1-833-479-0748 | Monday to Friday 8AM - 5PM EST

4. PHYSICIAN INFORMATION

First Name: | Last Name: | License #:

Address: | Clinic / Hospital Name:

City: | Province: | Postal Code:

E-mail: | Phone: | Fax:

MD Stamp:

Nurse -OR- Office Contact Info: | Phone:

E-mail: | Fax:

Preferred Communication Method: Phone | E-mail | Mail

5. PHYSICIAN SIGNATURE

Date (dd/mm/yy) / /

IMPORTANT MD INFORMATION: If unable to obtain written consent from patient, please document verbal consent below in section №6. This will allow NavieGo Patient Programs Ltd. and/or its affiliates to continue with processing this enrollment. Direct written or verbal consent will be obtained at first patient contact.

I certify that this prescription is an original prescription, and this pharmacy is the only receiver. The original will not be reused. I authorize the AuroCare Patient Support Program to be my designated agent to forward this prescription to the pharmacy chosen by the above named.

Physician's signature

6. PATIENT CONSENT or LEGAL REPRESENTATIVE

Date (dd/mm/yy) / /

I _____ consent to participate in **Auro Care+** Patient Support Program and I have read and fully understand the **PATIENT PRIVACY AND CONSENT TERMS ON REVERSE OF THIS FORM.**

- Verbal consent obtained for the Auro Care Patient Support Program to contact the patient identified above

Patient/Legal Representative Signature

7. PRIVACY NOTICE AND PATIENT CONSENT

AURO PHARMA (CANADA) INC. ("Auro Pharma") has retained service providers, including NavieGo Patient Programs Ltd. ("NavieGo") to administer different aspects of the AuroCare Patient Support Program (the "Program"). Auro Pharma and its service providers supporting the administration of the Program, including NavieGo, are collectively referred to as the "Administrators".

As a participant in the Program, you will be offered patient support program services ("Services"), which may include the following services:

- Treatment coordination and scheduling
- Patient Education
- Adverse drug experience reporting
- Financial assistance
- Reimbursement navigation
- Pharmacy coordination

The Program does not provide medical advice and does not replace the need for you to speak with your healthcare providers, including treating physician, for medical or treatment related questions or concerns you may have.

As a participant in the Program, you authorize the Administrators to collect, use, and disclose your personal information and personal health information including your name, address, phone number, email address, gender and information related to your health and medical treatments ("Personal Information"), as needed in order to administer the Program and provide the Services.

You authorize the Administrators to collect, use and disclose your Personal Information in order to provide the Services, including to enroll you in the Program, to enable your participation in the Program, and to communicate among the Administrators, with you, and others as needed, as well as to collect and disclose Personal Information from and to your health care professionals, pharmacy of choice, insurance and benefit providers, and as required to comply with applicable laws(the "Purposes").

You authorize the Administrators to communicate with you by way of phone, email and digital platforms, as needed for the Purposes.

Please complete and submit the form by: Fax: **1-833-479-0748** -OR- email to: **support@aurocare.ca**

7.1 PRIVACY NOTICE AND PATIENT CONSENT

In addition to the Purposes, Personal Information will be aggregated (combined with other data) and anonymized (personally identifiable information removed), such as information regarding your health outcome, your demographics, and the name and contact information of your healthcare providers, such as your treating physician for various purposes, including reporting data assessment and data analytics for the purposes of, amongst other initiatives, optimizing service offerings to patients and third parties, as well as the commercialization of such offerings. The Administrators may share such data with third parties

As a patient participant in the Program, if you provide information about an adverse drug experience while using any of AURO PHARMA (CANADA) INC. products, the Administrators may contact you and/or your health care professional for further information. The information concerning adverse drug experiences will be collected and stored for adverse drug reporting purposes and it may be disclosed to Health Canada and/or other relevant regulators for that purpose.

Your Personal Information collected in relation to the Program will be securely maintained by the Administrators through a combination of technical, physical, and administrative safeguards to protect your Personal Information, including to protect it against unauthorized access, use, disclosure, or alteration.

The processing of Personal Information contemplated herein may be done or managed from time to time by the Administrators, any of their affiliates, or any third parties retained by them for such purposes. The processing of Personal Information contemplated herein may also involve a transfer of the Personal Information to jurisdictions outside of Canada and in such instances, the collection, storage, use, and disclosure of the Personal Information may be subject to laws and rules which differ from those that apply in Canada. That country may have laws that require that your Personal Information be disclosed to the government or law enforcement agencies under different circumstances than would in Canada.

You can request access or corrections to your Personal Information as needed at anytime. If ever you have any questions, comments or concerns in relation to the privacy practices and policies applicable to the Program, or in relation to your Personal Information, contact the Program at: 1-877-230-5612

Auro Pharma reserves the right to change or terminate the Program or the Services at any time, in its sole discretion. Your Personal Information may be transferred to another service provider in the event of a sale or transfer of all or a portion of an Administrator's business, or Auro Pharma appoints a new service provider in relation to the Program.

Participating in the Program is completely voluntary and you may cancel your participation or withdraw your consent at any time and without reason by contacting the Program at 1-877-230-5612. Once you stop participating in the Program, your Personal Information will no longer be used for any of the Purposes, but it will be maintained as required to comply with applicable laws and aggregated and anonymized data will continue to be used as described herein.

By signing above, you affirm that you wish to participate in the AuroCare Patient Support Program of which you were informed by your treating physician. You hereby agree to the collection, use, and disclosure of your Personal Information by the Administrators, their successors, and assigns, for the Purposes and as described in this Privacy Notice and Patient Consent.

This consent and authorization is valid for as long as you are participating in the AuroCare Patient Support Program.

Auro Pharma (Canada) Inc. All rights reserved.

AURO-CLADRIBINE
FORMULAIRE D'INSCRIPTION - PATIENT

AURO PHARMA

AuroCare+

Téléphone : 1-877-230-5612 | support@aurocare.ca | Télécopieur : 1-833-479-0748 | Du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h HNE

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

DDN (jj / mm / aa) Sexe

Prénom: Nom de Famille: / / H F

Adresse: Langue de Préférence: Anglais: Français:

Ville: Province: Code Postal:

Courriel: Téléphone: Cellulaire:

N° d'Assurance Maladie: Moyen de Communication Privilégié: Meilleur moment pour communiquer:

Allergies: Laisser un Message: Domicilie: Cellulaire: Travail:

2. ORDONNANCE DU MÉDECIN – NOM DU MÉDICAMENT: AURO-CLADRIBINE

Diagnostic: Auro-Cladribine - Ordonnance: **10mg** À quelle année de traitement le patient est-il rendu ? 1 2

3. RÉVISION DU SCHÉMA POSOLOGIQUE ET DU CALENDRIER D'ADMINISTRATION

Quel est le poids actuel du patient ou de la patiente ? **kg** Le patient a-t-il reçu l'autorisation médicale de commencer le traitement ? Oui Non

Veuillez remplir le tableau ci-dessous en utilisant le poids actuel du patient afin de déterminer la dose prescrite et le schéma posologique :

TABLEAU DU SCHÉMA POSOLOGIQUE D'AURO-CLADRIBINE EN FONCTION DU POIDS

POIDS	SEMAINE 1						SEMAINE 2					
Plage de poids (kg)	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Nombre total de comprimés Semaine 1	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Nombre total de comprimés Semaine 5
40 to < 50	1	1	1	1	0	4	1	1	1	1	0	4
50 to < 60	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5
60 to < 70	2	1	1	1	1	6	2	1	1	1	1	6
70 to < 80	2	2	1	1	1	7	2	2	1	1	1	7
80 to < 90	2	2	2	1	1	8	2	2	1	1	1	7
90 to < 100	2	2	2	2	1	9	2	2	2	1	1	8
100 to < 110	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	1	9
110 and above	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10

Veuillez remplir et envoyer le formulaire par télécopieur: **1-833-479-0748** -OU- par courriel: **support@aurocare.ca**

AURO-CLADRIBINE
FORMULAIRE D'INSCRIPTION - PATIENT

AuroCare+

Téléphone : 1-877-230-5612 | support@aurocare.ca | Télécopieur : 1-833-479-0748 | Du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h HNE

4. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Prénom: | Nom de famille: | No du permis d'exercice :

Adresse: | Nom de la clinique ou de l'hôpital :

Ville: | Province: | Code postal:

Courriel: | Téléphone: | Télécopieur:

Estampille du médecin:

Coordonnées infirmier/infirmière: | Téléphone: | Mode de communication privilégié :

Courriel: | Télécopieur: | Téléphone | Courriel | Poste

5. SIGNATURE DU MÉDECIN

DDN (jj / mm / aa)

IRENSEIGNEMENTS IMPORTANTS À L'INTENTION DU MÉDECIN : s'il n'est pas possible d'obtenir le consentement écrit du patient, veuillez documenter le consentement verbal dans la section no 6 ci-dessous. Ainsi, NavieGo Patient Programs Ltd. ou ses sociétés affiliées seront en mesure de poursuivre le traitement de la présente inscription. Le consentement écrit ou verbal sera obtenu lors du premier contact avec le patient.

Je confirme que la présente ordonnance est une ordonnance originale, et que cette pharmacie en est la seule réceptrice. L'ordonnance originale ne sera pas réutilisée. J'autorise le Progamme de soutien aux patients AuroCare d'acheminer la présente ordonnance à la pharmacie indiquée ci-dessus en mon nom.

/ /

Signature du médecin

6. CONSENTEMENT DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL

DDN (jj / mm / aa)

Je _____ accepte de participer au Programme de soutien aux patients **AuroCare+** et je confirme que j'ai bien lu et compris les **MODALITÉS RELATIVES AU CONSENTEMENT ET À LA VIE PRIVÉE DES PATIENTS AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE.**

- Consentement verbal autorisant le Programme de soutien aux patients AuroCare à communiquer avec le patient nommé ci-dessus.

/ /

Signature du patient ou de son représentant

7. AVIS DE CONFIDENTIALITÉ ET CONSENTEMENT DU PATIENT

AURO PHARMA (CANADA) INC. (Auro Pharma) a retenu les services d'administrateurs, notamment NavieGo Patient Programs Ltd. (NavieGo) pour gérer les divers aspects du Programme de soutien aux patients AuroCare (le programme). Auro Pharma et ses fournisseurs responsables de la gestion du programme, y compris NavieGo, sont collectivement désignés aux présentes à titre d'administrateurs.

En tant que participant(e) au programme, on vous offrira les services du programme de soutien aux patients (les services), qui pourraient comprendre ce qui suit:

- Coordination et répartition du traitement
- Formation du patient
- Signalement des expériences indésirables
- Aide financière
- Compréhension du remboursement
- Coordination avec la pharmacie

Le programme de prodigue pas de conseils médicaux et ne remplace pas une conversation avec votre personnel soignant, notamment votre médecin traitant, pour toute question d'ordre médical ou touchant votre traitement.

En tant que participant(e) au programme, vous autorisez les administrateurs à recueillir, à utiliser et à divulguer vos renseignements personnels et vos renseignements médicaux, notamment vos nom, adresse, numéro de téléphone, adresse courriel, sexe, et les renseignements liés à votre état de santé et à vos traitements médicaux (renseignements personnels), pour répondre aux besoins de gestion du programme et fournir les services.

Vous autorisez les administrateurs à recueillir, à utiliser et à divulguer vos renseignements personnels afin de vous permettre de recevoir les services, notamment pour vous inscrire au programme, pour faciliter votre participation et pour communiquer avec les administrateurs, avec vous ou avec d'autres personnes, au besoin, et pour recueillir et divulguer tout renseignement personnel nécessaire auprès de votre personnel soignant, de la pharmacie choisie et des fournisseurs d'assurance, ou pour se conformer aux lois en vigueur (les objets).

Vous autorisez les administrateurs à communiquer avec vous par téléphone, par courriel et d'autres plateformes numériques, selon les besoins dictés par les objets indiqués.

Outre les objets précités, les renseignements personnels seront agrégés (regroupés avec d'autres données) et anonymisés (c.-à-d. que les identifiants personnels auront été supprimés) comme des données touchant vos résultats de santé, vos caractéristiques démographiques et les coordonnées de votre personnel soignant (ex., médecin traitant) à des fins variées, comme l'établissement de rapports et l'analyse de données dans le but d'optimiser l'offre de services aux patients et aux tiers, ainsi que pour la commercialisation de telles offres. Les administrateurs sont habilités à divulguer ces données à des tiers.

7.1. AVIS DE CONFIDENTIALITÉ ET CONSENTEMENT DU PATIENT

En tant que participant(e) au programme, vous autorisez les administrateurs à recueillir, à utiliser et à divulguer vos renseignements personnels et vos renseignements médicaux, notamment vos nom, adresse, numéro de téléphone, adresse courriel, sexe, et les renseignements liés à votre état de santé et à vos traitements médicaux (renseignements personnels), pour répondre aux besoins de gestion du programme et fournir les services.

Vous autorisez les administrateurs à recueillir, à utiliser et à divulguer vos renseignements personnels afin de vous permettre de recevoir les services, notamment pour vous inscrire au programme, pour faciliter votre participation et pour communiquer avec les administrateurs, avec vous ou avec d'autres personnes, au besoin, et pour recueillir et divulguer tout renseignement personnel nécessaire auprès de votre personnel soignant, de la pharmacie choisie et des fournisseurs d'assurance, ou pour se conformer aux lois en vigueur (les objets).

Vous autorisez les administrateurs à communiquer avec vous par téléphone, par courriel et d'autres plateformes numériques, selon les besoins dictés par les objets indiqués.

Outre les objets précités, les renseignements personnels seront agrégés (regroupés avec d'autres données) et anonymisés (c.-à-d. que les identifiants personnels auront été supprimés) comme des données touchant vos résultats de santé, vos caractéristiques démographiques et les coordonnées de votre personnel soignant (ex., médecin traitant) à des fins variées, comme l'établissement de rapports et l'analyse de données dans le but d'optimiser l'offre de services aux patients et aux tiers, ainsi que pour la commercialisation de telles offres. Les administrateurs sont habilités à divulguer ces données à des tiers.

En tant que patient(e) participant au programme, si vous décidez de fournir des renseignements personnels concernant une expérience indésirable lors de l'utilisation de tout produit d'AURO PHARMA (CANADA) INC., les administrateurs pourraient entrer en contact avec vous ou avec votre personnel soignant pour obtenir des détails. Les renseignements touchant les expériences indésirables seront recueillis et conservés à des fins de rapport sur les effets indésirables liés aux médicaments, et pourraient être divulgués à Santé Canada ou à tout autre organisme de réglementation à cette même fin.

Vos renseignements personnels recueillis dans le cadre du programme seront conservés en sûreté par les administrateurs au moyen d'un ensemble de mesures techniques, physiques et administratives, afin de garantir leur protection, notamment contre un accès, une utilisation ou une modification non autorisés.

Le traitement des renseignements personnels envisagé aux présentes pourrait être effectué, de temps à autre, par les administrateurs, l'un ou l'autre de leurs sociétés liées ou tout tiers dont ils auraient retenu les services à cette fin. Le traitement des renseignements personnels envisagé aux présentes pourrait par ailleurs nécessiter un transfert desdits renseignements personnels à des compétences hors du Canada et, dans de tels cas, la collecte, le stockage, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels en question pourraient être assujettis à des lois et règlements différents de ceux applicables au Canada. Le pays concerné pourrait avoir en place des lois exigeant la divulgation de vos renseignements personnels au gouvernement ou aux autorités dans des circonstances autres que celles admises au Canada.

Vous pouvez demander un accès ou des corrections à vos renseignements personnels, à tout moment. Pour toute question ou tout commentaire touchant les mesures et les politiques de confidentialité applicables au programme ou se rapportant à vos renseignements personnels, communiquez avec le programme au 1-877-230-5612

Auro Pharma se réserve le droit exclusif de modifier ou d'interrompre le programme ou les services à tout moment. Vos renseignements personnels pourraient être acheminés à un autre fournisseur de service, advenant la vente ou la cession de l'entreprise des administrateurs, en tout ou en partie, ou si Auro Pharma nomme ou nouveau fournisseur dans le cadre du programme.

Votre participation au programme est entièrement volontaire et vous pouvez y mettre fin ou retirer votre consentement à tout moment, sans justification, en communiquant avec le programme au 1-877-230-5612. Une fois votre participation au programme interrompue, vos renseignements personnels ne seront plus utilisés aux fins précédemment décrites, mais ils seront conservés conformément aux lois applicables et seront utilisés sous forme groupée ou anonymisée, aux fins du programme.

Par votre signature ci-dessus, vous affirmez souhaiter prendre part au Programme de soins aux patients AuroCare, tel que vous en a informé votre médecin traitant. Vous convenez par les présentes à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels par les administrateurs, leurs ayants droit et cessionnaires, pour les objets indiqués et tel que décrit dans le présent avis de confidentialité et de consentement du patient.

Ce formulaire d'autorisation est valable pour toute la durée de votre participation aux services du Programme de soutien aux patients AuroCare.

Auro Pharma (Canada) Inc. Tous droits réservés.