



## Renseignements relatifs au patient

Nom de famille		Prénom	
N° de téléphone (avec code régional) ( ) -		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Adresse			
Ville		Province	Code postal
Courriel (facultatif)			
<input type="checkbox"/> J'autorise un représentant du programme à laisser un message		Langue de préférence <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Autre : _____	

## Renseignements sur l'évaluation

## Psoriasis en plaques modéré ou grave chez les adultes et pédiatrie

BSA (%) \_\_\_\_\_ PASI \_\_\_\_\_  
DLQI \_\_\_\_\_ CDLQI \_\_\_\_\_ Visage  Pieds  Mains  Organes génitaux

Sélectionnez les traitements suivis par le patient et indiquez le motif de l'abandon, le cas échéant (RI : réponse inadéquate, IN : intolérance, CI : contre-indication)

	RI	IN	CI
<input type="checkbox"/> Méthotrexate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Acitrétine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cyclosporine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Photothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour tous les diagnostics : autres précisions, le cas échéant (p. ex., agents biologiques antérieurs)

## Rhumatisme psoriasique

Preuve radiographique?  Oui  NonArticulations actives (N<sup>bre</sup>) \_\_\_\_\_ HAQ \_\_\_\_\_Articulations enflées (N<sup>bre</sup>) \_\_\_\_\_ CRP \_\_\_\_\_Articulations sensibles (N<sup>bre</sup>) \_\_\_\_\_ BASDAI \_\_\_\_\_

Sélectionnez les traitements suivis par le patient et indiquez le motif de l'abandon, le cas échéant (RI : réponse inadéquate, IN : intolérance, CI : contre-indication)

	RI	IN	CI
<input type="checkbox"/> Méthotrexate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Léflunomide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sulfasalazine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Spondylarthrite axiale

Preuve radiographique?  Oui  Non

HAQ \_\_\_\_\_ BASDAI \_\_\_\_\_

AINS essayés sans succès (N<sup>bre</sup>) \_\_\_\_\_  
(nom, dose et durée du traitement pour chaque AINS)

Autres critères de remboursement pour la couverture (p. ex., EVA, score BASFI, douleur au bas du dos &gt; 3 mois)

Consentement du patient (Si la signature ne peut être obtenue, reportez-vous à la case relative au consentement verbal dans la partie inférieure droite du formulaire)

VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR LU ET BIEN COMPRIS LES RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSENTEMENT DU PATIENT ET LA CONFIDENTIALITÉ AU VERSO.

J'ai lu et compris les renseignements sur le consentement du patient et je consens à ce que mes renseignements personnels soient recueillis, utilisés et divulgués conformément aux présentes conditions.

Signature



Nom du patient/représentant légal Lien avec le patient Date (AAAA/MM/JJ)

## Renseignements sur la clinique (ou timbre d'adresse de la clinique)

Nom du médecin prescripteur		
Adresse		
Ville	Province	Code postal
N° de téléphone	Télécopieur	
Courriel (facultatif)		
Personne-ressource à la clinique (si autre que le médecin)		Méthode de communication privilégiée <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Télécopieur <input type="checkbox"/> Courriel

## Directives médicales

J'approuve le commencement du traitement par Taltz maintenant

 Oui  Non. Attendre le résultat des tests  Non (autre motif, précisez ci-dessous)

## Prescription de Taltz (ixékizumab)

Dispositif  Auto-injecteur  Seringue préremplieVeuillez sélectionner le **diagnostic**, la posologie et la durée du traitement, le cas échéant. Pour les enfants de 6 ans à moins de 18 ans, veuillez remplir la page 2 Psoriasis en plaques modéré ou grave chez les adultes Dose de départ : 160 mg à la semaine 0  
 Dose d'induction : 80 mg aux semaines 2, 4, 6, 8, 10, 12  
 Dose d'entretien : 80 mg toutes les 4 semaines pendant  mois Rhumatisme psoriasique\* Dose de départ : 160 mg à la semaine 0  
 Dose d'entretien : 80 mg toutes les 4 semaines pendant  mois

\* Dans le cas des patients atteints de rhumatisme psoriasique et de psoriasis en plaques modéré ou grave, suivre la posologie recommandée pour le psoriasis en plaques. Dans les cas de rhumatisme psoriasique et de psoriasis en plaques léger, suivre la posologie pour le rhumatisme psoriasique.

 Spondylarthrite axiale 80 mg toutes les 4 semaines pendant  mois  
 Chez les patients avec spondylarthrite ankylosante ayant déjà reçu un inhibiteur du TNF : dose de départ facultative de 160 mg à la semaine 0, suivie de 80 mg toutes les 4 semaines pendant  mois

## Autorisation et prescription du médecin

L'utilisation de Taltz chez ce patient est fondée sur ma prise de décision clinique. J'ai lu la monographie de Taltz et j'ai informé le patient (ou son représentant légal) des bienfaits et des risques potentiels associés à l'utilisation de ce médicament.

VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR LU ET BIEN COMPRIS LE CONSENTEMENT DU MÉDECIN AU VERSO DE CE FORMULAIRE.

J'ai lu et compris les renseignements sur le consentement du médecin et je consens à ce que mes renseignements personnels soient recueillis, utilisés et divulgués conformément aux présentes conditions.

Signature

N° de permis Date (AAAA/MM/JJ)

 Si le patient n'a pas signé dans la section « Consentement du patient », cochez ici afin de signifier que vous avez obtenu son consentement verbal.

# Prescription de Taltz – Psoriasis en plaques modéré ou grave chez les enfants de 6 ans à moins de 18 ans

## Renseignements relatifs au patient

Prénom	Nom de famille		
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	N° de téléphone		
Adresse	Ville	Province	Code postal

## Signature du médecin

N° de permis	Date (AAAA/MM/JJ)
--------------	-------------------

## Posologie et matériel requis

Poids du patient	Dose de départ (semaine 0)	Doses d'entretien	Matériel requis :
<input type="checkbox"/> > 50 kg	160 mg	80 mg toutes les 4 semaines pendant _____ mois :	<input type="checkbox"/> Seringue préremplie de TALTZ <input type="checkbox"/> Auto-injecteur de TALTZ
<input type="checkbox"/> 25 à 50 kg	80 mg	40 mg toutes les 4 semaines pendant _____ mois :	<input type="checkbox"/> Seringue préremplie de TALTZ à 80 mg/1 mL • seringue jetable de 0,5 mL ou de 1 mL et aiguille stérile pour le prélèvement • aiguille stérile de calibre 27 pour l'administration • fiole stérile en verre transparent
<input type="checkbox"/> < 25 kg	40 mg	20 mg toutes les 4 semaines pendant _____ mois :	

\* Les doses de 20 mg ou de 40 mg de TALTZ doivent être préparées et administrées par un professionnel de la santé qualifié. Il ne faut utiliser que les seringues commerciales préremplies contenant TALTZ à 80 mg/1 mL pour préparer les doses pour enfants prescrites de 20 mg et de 40 mg.

## CONSENTEMENT DU PATIENT ET CONFIDENTIALITÉ

Dans cette page, les mots « vous », « votre » et « vos » font référence au patient ou, selon le cas, au parent ou au représentant légal du patient qui s'inscrit au nom du patient au programme de soutien aux patients LillyPlus (le « programme »). Le mot « représentant » signifie un employé, un agent ou un entrepreneur, et « Lilly » renvoie à Eli Lilly Canada Inc.

Vos renseignements seront recueillis, utilisés et conservés de la façon décrite ci-dessous et conformément à l'énoncé de confidentialité de Lilly. Vous pouvez obtenir une copie de l'énoncé de confidentialité de Lilly en communiquant avec le chef de la protection de la vie privée d'Eli Lilly Canada Inc. à l'adresse suivante : The Exchange Tower, 130 King St. W., bureau 900, C.P. 73, Toronto (Ontario) M5X 1B1. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez composer le 1-888-545-5972.

### Renseignements personnels : collecte, utilisation et conservation

Afin de participer au programme, vous aurez peut-être à fournir des renseignements personnels aux représentants de Lilly ou à ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients, notamment :

- vos coordonnées;
- vos renseignements médicaux personnels;
- des renseignements relatifs à la couverture d'assurance;
- des renseignements financiers.

Ces renseignements seront recueillis, utilisés et divulgués par Lilly ou ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients aux fins de prestation des services du programme et pourraient être transmis :

- à des filiales de Lilly;
- aux représentants de Lilly et de ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients qui ont accepté de se conformer aux politiques de Lilly en matière de confidentialité;
- à vos assureurs publics et privés;
- à vos professionnels de la santé, qui peuvent transmettre ces renseignements à vos assureurs.

Tous les renseignements personnels recueillis dans le cadre du programme seront :

- conservés conformément à la législation, à la réglementation et aux directives applicables et en accord avec l'énoncé de confidentialité de Lilly;
- protégés par des moyens matériels, administratifs et techniques adéquats contre la perte et le vol et contre toute consultation, communication, reproduction, utilisation ou modification non autorisées. Ces moyens de protection s'appliqueront, quel que soit le format dans lequel vos renseignements sont conservés;
- conservés dans un format permettant l'identification personnelle seulement pendant la période nécessaire aux fins décrites ci-dessous.

**En communiquant mon adresse électronique et en m'inscrivant au programme, je consens à ce que mes renseignements personnels soient transmis par l'intermédiaire de courriels non sécurisés entre les administrateurs du programme, mon assureur et mes fournisseurs de soins de santé dans le but d'établir mon admissibilité au programme, de mener des activités liées au programme et d'assurer la prestation des services liés au programme. Je reconnais que le courriel n'est pas un mode de communication sécurisé et que je peux retirer mon consentement en tout temps.**

Vos renseignements personnels peuvent être transmis, stockés ou traités ailleurs qu'au Canada, notamment aux États-Unis, où les lois en vigueur s'appliqueront.

### Innocuité des médicaments

Lilly a l'obligation légale de signaler tout événement indésirable lié à un médicament à Santé Canada et de surveiller les plaintes liées aux produits. Si vous présentez un événement indésirable ou si vous avez une plainte à formuler concernant un produit, Lilly et ses représentants utiliseront et signaleront vos renseignements à ces fins. Il est possible que Lilly communique avec vous ou avec votre médecin pour obtenir davantage de renseignements afin de s'acquitter de ces obligations.

## CONSENTEMENT DU PATIENT ET CONFIDENTIALITÉ (suite)

### Le programme

En vous inscrivant au programme, vous autorisez les représentants de Lilly et ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients à recueillir, utiliser et divulguer vos renseignements personnels afin de vous offrir les services suivants :

- Donner de l'information sur le produit et la maladie.
- Donner une formation sur l'injection et des services connexes.
- Fournir de nouveaux renseignements sur le produit et la maladie.
- Fournir des services pour favoriser l'observance et le suivi.
- Demander un remboursement du coût, en tout ou en partie, de votre traitement par Taltz, tout en sachant que le remboursement n'est pas garanti. Il est possible que l'on communique avec votre médecin afin d'obtenir des renseignements supplémentaires, au besoin, qui serviront à remplir votre demande de remboursement.
- Consulter votre dossier médical afin de vous offrir les services du programme.
- Utiliser vos renseignements de façon anonyme afin d'administrer et de surveiller le déroulement du programme, d'évaluer et de montrer son efficacité et de réaliser des études et des analyses basées sur l'économie de la santé et les résultats, et à d'autres fins commerciales.

Il est possible que des représentants de Lilly ou ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients communiquent avec vous, notamment pour :

- vous offrir les services du programme;
- vous demander vos commentaires concernant votre expérience avec le programme;
- vous fournir des renseignements mis à jour sur Taltz et le programme.

En vous inscrivant au programme et en fournissant votre adresse courriel ou votre numéro de téléphone, vous consentez à ce qu'un représentant du programme communique avec vous par courriel ou message texte et à ce qu'un représentant du programme, votre assureur et votre (ou vos) professionnel(s) de la santé s'échangent vos renseignements personnels par courriel ou message texte afin d'établir votre admissibilité au programme et de vous offrir les services du programme. Vous pourriez recevoir des courriels ou messages textes pendant votre participation au programme afin de vous informer de votre statut et des services offerts dans le cadre du programme et de vous faire part d'avis ou de rappels. Vous reconnaissez que les courriels et les messages textes ne sont pas des moyens de communication sécurisés. L'information contenue dans un courriel pourrait être consultée et lue par un tiers.

**Vous n'êtes pas obligé de participer au programme pour vous procurer Taltz. Eli Lilly Canada Inc. se réserve le droit d'apporter des changements ou de mettre fin à ce programme en tout temps et n'est nullement tenue de vous fournir de l'assistance en ce moment et à l'avenir.**

### Retrait du consentement

Vous pouvez annuler cette autorisation générale et vous retirer du programme en appelant au 1-877-219-8908. Dans ce cas, votre retrait n'est pas rétroactif : il n'aura aucune conséquence sur les activités concernant vos renseignements personnels qui se sont déroulées avant celui-ci. Vos renseignements personnels seront supprimés et conservés conformément à la législation, à la réglementation et aux directives applicables et en accord avec l'énoncé de confidentialité de Lilly. Vous pouvez également accéder aux renseignements personnels que Lilly ou ses représentants détiennent à votre sujet, de même que les corriger. Les renseignements conservés par Lilly ou ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients continueront d'être traités de la façon décrite ci-dessus et conformément à l'énoncé de confidentialité de Lilly.

## CONSENTEMENT DU MÉDECIN

Je consens à ce que des représentants de Lilly ou son tiers fournisseur communique avec moi au sujet du patient, de Taltz ou du programme. Je consens à ce que les renseignements posologiques que j'ai fournis aux fins du programme soient utilisés afin d'administrer le programme et d'en surveiller le déroulement, de tenir informés les représentants de Lilly avec qui j'interagis quant à mon utilisation du programme (tout en préservant l'anonymat du patient) ainsi que d'évaluer et de montrer l'efficacité du programme.