

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Tous les champs doivent être remplis.

### COORDONNÉES DU PATIENT

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_ / /

Numéro de carte d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone cellulaire \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_ Autre personne avec qui communiquer et numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Consentement pour laisser un message :  Oui  Non      Consentement pour communiquer par voie électronique :  Oui  Non

Consentement pour parler à un parent ou tuteur légal (s'il y a lieu) :  Oui  Non

### CONSENTEMENT DU PATIENT/TUTEUR LÉGAL

En signant ci-dessous, je déclare vouloir participer au programme comme il m'a été décrit et comme j'en ai été informé par mon médecin traitant, et j'ai lu et je comprends complètement les conditions de la déclaration de confidentialité et du consentement au dos de ce formulaire. Si je signe en apposant une signature électronique, j'accepte qu'elle ait la même force et le même effet que ma signature « à l'encre humide ».

- Consentement verbal obtenu pour le programme de soutien Liberté auprès du patient  
 Consentement verbal obtenu pour communiquer avec la pharmacie

#### SIGNER ICI

Signature du patient \_\_\_\_\_ Signature du tuteur légal, le cas échéant \_\_\_\_\_

### COORDONNÉES DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

En fournissant les informations ci-dessus, je reconnais avoir lu et compris les informations fournies dans le formulaire Déclaration de confidentialité et consentement du médecin, et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels tels qu'ils sont détaillés dans ladite déclaration.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### Résultats des examens (s'ils sont disponibles) :

EASI : \_\_\_\_\_  BSA : \_\_\_\_\_  IGA (PGA) : \_\_\_\_\_  DLQI / CDLQI / IDQOL : \_\_\_\_\_  NRS : \_\_\_\_\_  Autre(s) : \_\_\_\_\_

### Zones particulières :

Mains (paume)  Visage  Pieds (plante)  Région génitale

### Traitements antérieurs :

Corticostéroïdes topiques de puissance modérée ou élevée :

Nom(s) : \_\_\_\_\_

Inhibiteurs topiques de la calcineurine :

Nom(s) : \_\_\_\_\_

Photothérapie

### Contre-indication/intolérance. Raison :

### Autres renseignements importants relatifs aux médicaments :

## ORDONNANCE

### Injections sous-cutanées de DUPIXENT® (dupilumab injectable)



Appareil :  Seringue préremplie  Stylo injecteur prérempli\*

\* Les stylos injecteurs préremplis DUPIXENT® sont uniquement destinés aux adultes et adolescents âgés de 12 ans et plus.

Adulte (18 ans et plus)	Enfant/adolescent (6 à 17 ans)	Jeune enfant (6 mois à 5 ans)
<input type="checkbox"/> <b>Tous les adultes :</b> Dose initiale de 600 mg, suivie de la dose de 300 mg (entretien) <u>toutes les 2 semaines</u>	<input type="checkbox"/> <b>Poids corporel ≥ 60 kg :</b> Dose initiale de 600 mg, suivie de la dose de 300 mg (entretien) <u>toutes les 2 semaines</u> <input type="checkbox"/> <b>Poids corporel de 30 à &lt; 60 kg :</b> Dose initiale de 400 mg, suivie de la dose de 200 mg (entretien) <u>toutes les 2 semaines</u> <input type="checkbox"/> <b>Poids corporel de 15 à &lt; 30 kg :</b> Dose initiale de 600 mg, suivie de la dose de 300 mg (entretien) <u>toutes les 4 semaines</u>	<input type="checkbox"/> <b>Poids corporel de 5 à &lt; 15 kg :</b> Dose initiale de 200 mg, suivie de la dose de 200 mg (entretien) <u>toutes les 4 semaines</u> <input type="checkbox"/> <b>Poids corporel de 15 à &lt; 30 kg :</b> Dose initiale de 300 mg, suivie de la dose de 300 mg (entretien) <u>toutes les 4 semaines</u>

Renouvellements de la dose d'entretien (1 boîte = 2 seringues) : \_\_\_\_\_

J'autorise le programme de soutien aux patients Liberté (« Liberté ») à agir comme mon représentant désigné pour transmettre cette ordonnance par télécopieur ou autrement à la pharmacie choisie par le patient susmentionné. Cette ordonnance représente la prescription d'origine du médicament pour le patient. Toute ordonnance antérieure de DUPIXENT® pour ce patient est annulée, a été archivée de façon sécuritaire et ne sera pas transmise.

Je confirme que ce patient est candidat au traitement par injections de DUPIXENT®, conformément à la monographie de produit et à toutes contre-indications, mises en garde et précautions qui y figurent. Si je signe en apposant une signature électronique, j'accepte qu'elle ait la même force et le même effet que ma signature « à l'encre humide ».

#### SIGNER ICI

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Numéro de permis d'exercice \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_ / /

Directives particulières : \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET CONSENTEMENT DU MÉDECIN**

Vos renseignements personnels dans les « Renseignements sur le prescripteur » sont recueillis pour permettre à l'équipe du Programme de soutien Liberté de traiter votre inscription et celle de votre patient au Programme et pour respecter ses Objectifs. Outre qu'à l'administrateur du Programme, vos renseignements personnels peuvent être fournis à sanofi-aventis Canada inc. (« Sanofi Canada ») pour la compilation des données statistiques sur le Programme.

Si vous fournissez des renseignements à l'un de vos patients sur une expérience indésirable concernant un produit de Sanofi Canada, l'équipe du Programme pourrait utiliser les renseignements que vous avez fournis pour soumettre des rapports à Santé Canada ou à d'autres autorités réglementaires pertinentes. Il est possible que l'équipe du Programme communique avec vous pour obtenir de plus amples renseignements. Vous comprenez que, afin de nous conformer à la loi, il est possible que l'équipe du Programme ne puisse pas satisfaire à votre demande de modifier ou de retirer vos renseignements personnels. Le processus suivi lorsqu'un effet indésirable est signalé peut faire intervenir des sociétés affiliées de Sanofi Canada ou des fournisseurs tiers ou être géré par ces sociétés ou ces fournisseurs dont les services ont été spécifiquement retenus à cette fin seulement.

**DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET CONSENTEMENT DU PATIENT/TUTEUR LÉGAL**

Le Programme de soutien Liberté (« le Programme ») est financé par Sanofi Canada et géré par un fournisseur tiers (« Fournisseur tiers »). Globalement, le Programme vise à vous offrir, en collaboration avec votre médecin, un soutien complet et personnalisé pour vous aider avec votre traitement par DUPIXENT®. Ce soutien est offert dans le cadre d'un programme combiné pour patients (soutien pour un produit commercialisé par Sanofi ou la maladie en question et aide financière). Le Programme comporte deux volets : un programme d'aide aux patients, qui se concentre sur les possibilités de remboursement et sur l'aide financière, et un programme de soutien aux patients, qui vise à informer, éduquer et aider les patients qui ont besoin de DUPIXENT®. Vous pouvez en tout temps accepter ou refuser un service ou l'ensemble des services offerts par le Programme. Afin de fournir un tel soutien, vos renseignements personnels seront recueillis.

De façon générale, nous entendons par renseignements personnels, tout renseignement à votre sujet tel que votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone ou vos renseignements médicaux (« Renseignements personnels »). Sauf pour satisfaire aux exigences et aux obligations légales ci-dessous auxquelles Sanofi Canada est tenue, cette dernière n'aura accès à aucun de vos renseignements personnels autrement que sous une forme agrégée et anonymisée.

En acceptant de participer à ce Programme, vous acceptez de fournir vos Renseignements personnels au Fournisseur tiers et à votre professionnel de la santé. Ces renseignements seront consignés dans la documentation et la base de données du Programme. Ils seront utilisés pour permettre l'inscription au Programme et pour atteindre ses objectifs. En lien avec les objectifs du Programme, vos Renseignements personnels peuvent être divulgués :

- à votre professionnel de la santé aux fins d'inscription au Programme et de traitement connexe;
- à des assureurs et à des organismes gouvernementaux aux fins de traitement des demandes de remboursement;
- à des professionnels de la santé pour des besoins liés à votre traitement;
- aux organismes tiers pour mener à bien les exigences en matière d'administration, de signalement, de suivi et d'évaluation du programme (collectivement les « Objectifs »).

Le dossier contenant vos Renseignements personnels sera mis à la disposition des employés, des sous-traitants ou des représentants autorisés du Fournisseur tiers qui doivent y accéder pour les Objectifs cités. Nous ne l'autorisons pas à recueillir, à utiliser ou à divulguer les Renseignements personnels, excepté lorsque cela est nécessaire pour fournir les services en lien avec les Objectifs du Programme cités, ou pour se conformer aux exigences légales. Les Renseignements personnels seront principalement conservés dans une base de données électronique sécuritaire.

Vos Renseignements personnels seront transmis à Sanofi Canada par le biais de rapports décrivant les données et les résultats du Programme, mais seulement sous une forme agrégée et anonymisée. Plus précisément, les données statistiques liées au programme, y compris l'application L'ami Liberté<sup>MC</sup>, seront agrégées et anonymisées avant d'être communiquées à Sanofi Canada, à des professionnels de la santé et à d'autres tiers, selon le cas. Sanofi Canada peut distribuer ou publier ces données statistiques de quelque façon que ce soit.

Sanofi Canada se réserve le droit de transférer les Renseignements personnels associés au Programme dans le contexte de la vente ou de la cession de tout ou partie de ses activités commerciales, actifs ou droits en lien avec ledit Programme. En cas de vente ou de cession, on demandera à ce que le cessionnaire utilise et divulgue les Renseignements personnels que vous avez fournis d'une façon qui correspond aux Objectifs décrits ici.

Vous consentez à ce que le l'équipe du Programme communique avec vous par téléphone, texto ou courriel, et au transfert de Renseignements personnels par téléphone, télécopieur ou courriel entre le Programme, votre assureur et votre ou vos fournisseurs de soins de santé, et ce, pour déterminer

La base de données est seulement accessible aux employés, aux représentants et aux fournisseurs de service autorisés qui ont besoin de connaître les renseignements pour s'acquitter de leurs obligations dans le cadre de la pharmacovigilance. La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements prévues dans cette déclaration peuvent inclure la transmission des renseignements vers des territoires juridiques à l'extérieur du pays de votre pratique, où les lois et règlements sur les renseignements personnels.

Si vous avez des questions, des commentaires ou des préoccupations concernant les pratiques en matière de protection des renseignements personnels, veuillez communiquer avec l'équipe du Programme de soutien Liberté par téléphone au 1-844-216-1181 ou par courriel à [info@freedompsp.ca](mailto:info@freedompsp.ca).

Sanofi Canada se réserve le droit, en tout temps et sans notification préalable, de modifier le Programme, y compris les critères d'admissibilité au Programme, ou de mettre fin au Programme.

Ce formulaire d'autorisation est valide tant et aussi longtemps que vos patients recevront les services du Programme.

vous admissibilité au Programme et pour la fourniture des services du Programme. Des courriels et des textos peuvent être utilisés pendant votre participation au Programme pour vous informer de votre statut dans le Programme et les services de ce dernier, ainsi que pour fournir des notifications, des rappels et pour recueillir vos commentaires sur le Programme. Vous reconnaissez que ni les courriels ni les textos ne sont des moyens de communication sécurisés. Les informations contenues dans les courriels et les textos peuvent être consultées et lues par une tierce partie. La communication électronique est à votre discrétion et vous pouvez retirer cette option à tout moment.

Si vous fournissez des renseignements sur une expérience indésirable pendant que vous utilisez quelque produit de Sanofi Canada que ce soit, l'équipe du Programme pourrait utiliser ces renseignements pour soumettre des rapports à Santé Canada ou à d'autres autorités réglementaires pertinentes. L'équipe du Programme pourrait devoir communiquer avec vous ou avec votre professionnel de la santé pour obtenir des renseignements supplémentaires. Vous comprenez que, afin de nous conformer à la loi, il est possible que l'équipe du Programme ne puisse pas satisfaire à votre demande de modifier ou de retirer des Renseignements personnels que vous nous avez fournis concernant une expérience indésirable liée à l'utilisation d'un produit de Sanofi Canada. Le processus suivi lorsqu'un effet indésirable est signalé peut faire intervenir des sociétés affiliées de Sanofi Canada ou des fournisseurs tiers ou être géré par ces sociétés ou ces fournisseurs dont les services ont été spécifiquement retenus à cette fin seulement. La base de données est seulement accessible aux employés, aux représentants et aux fournisseurs de service autorisés qui ont besoin de connaître les renseignements pour s'acquitter de leurs obligations dans le cadre de la pharmacovigilance.

La cueillette, l'utilisation et la divulgation des renseignements prévues dans cette déclaration peuvent inclure la transmission des renseignements vers des territoires juridiques à l'extérieur de votre pays de résidence, où les lois et règlements sur les Renseignements personnels ne sont pas nécessairement les mêmes. Les mesures contractuelles raisonnables que Sanofi Canada peut prendre pour protéger les Renseignements personnels lorsqu'ils sont traités ou manipulés par ces tiers sont assujetties aux exigences légales étrangères. Le Fournisseur tiers conservera vos Renseignements personnels aussi longtemps que nécessaire pour atteindre les Objectifs définis.

Vous avez certains droits vous autorisant à accéder à vos Renseignements personnels figurant dans le dossier tenu sur vous et à les corriger, et, afin d'exercer ce droit, ou si vous avez des questions, des commentaires ou des préoccupations, vous pouvez utiliser les coordonnées fournies ci-dessous. Dans l'éventualité où vos renseignements personnels devraient être davantage protégés en vertu de toute loi en vigueur sur la protection des renseignements personnels, et qu'une telle protection n'est pas prévue dans la présente déclaration, Sanofi Canada s'engage à prendre les mesures qui s'imposent pour donner plein effet à cette protection supplémentaire.

Si vous avez des questions, des commentaires ou des préoccupations sur les pratiques en matière de confidentialité, ou si vous souhaitez avoir accès à vos Renseignements personnels et les corriger, veuillez communiquer avec l'équipe du Programme de soutien Liberté par téléphone au 1-844-216-1181 ou par courriel à [info@freedompsp.ca](mailto:info@freedompsp.ca).

La participation à ce Programme est entièrement volontaire, et vous pouvez mettre fin à votre participation en tout temps sans devoir fournir de raison en communiquant avec l'équipe du Programme de soutien Liberté. Une fois que vous aurez annulé votre participation, vos Renseignements personnels ne seront plus utilisés. Cependant, tout renseignement personnel recueilli avant l'annulation de votre participation pourra être utilisé sous une forme agrégée et anonymisée pour les Objectifs du Programme.

Sanofi Canada se réserve le droit, en tout temps et sans notification préalable, de modifier le Programme, y compris les critères d'admissibilité au Programme, ou de mettre fin au Programme.

Ce formulaire d'autorisation est valide tant et aussi longtemps que vous recevrez les services du Programme.

Référence : 1. Monographie de DUPIXENT®, sanofi-aventis Canada inc., 14 avril 2023.