

**DIRECTIVES DESTINÉES AU PRESCRIPTEUR**

Veuillez remplir et signer le présent formulaire avec votre patient afin d'instaurer le traitement.

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : ( DD / MM / YYYY ) Sexe à la naissance :  M  F  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_  
 Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Langue privilégiée :  Anglais  Français  Autre :

No de tél. au domicile : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_  
 Laisser un message :  Oui  Non  Oui  Non  
 Adresse courriel : \_\_\_\_\_  
 Mode de communication privilégié :  Tél.  Texto  Courriel  
 Autre personne-ressource : \_\_\_\_\_  
 Lien : \_\_\_\_\_ No de tél. : \_\_\_\_\_  
 En fournissant le nom d'une autre personne-ressource, le patient consent à ce que ses renseignements médicaux soient abordés lors des échanges avec cette personne.

**ÉVALUATION MÉDICALE DU PATIENT**

**ÉVALUATION DÉTAILLÉE DU PSORIASIS** Date d'évaluation \_\_\_\_\_  
 Surface corporelle atteinte (%): ( DD / MM / YYYY )  
 PASI: ( DD / MM / YYYY )  
 DLQI: ( DD / MM / YYYY )  
 Visagee  Mains  Pieds  Organes génitaux

**RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES**

Consommation d'alcool  Hépatite  
 Autres ou notes :

**PRODUITS BIOLOGIQUES ANTÉRIEURS**

Adalimumab (Humira)  Ixékizumab (Taltz)  
 Certolizumab pegol (Cimzia)  Risankizumab (Skyrizi)  
 Etanercept (Enbrel)  Sécukinumab (Cosentyx)  
 Guselkumab (Tremfya)  Ustékinumab (Stelara)  
 Infliximab (Remicade)  
 Autre :

TRAITEMENT ANTÉRIEUR	Intolérance	Contre-indication	Échec
<input type="radio"/> Méthotrexate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Acitrétine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Cyclosporine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Agents topiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Photothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Autre :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ATTESTATION DU PATIENT**

Je reconnais que j'ai lu la section Consentement du patient et énoncé de confidentialité au verso du présent formulaire et que je suis d'accord avec son contenu, que je comprends les services offerts par le Programme et que je consens à ce que mes renseignements personnels soient recueillis, utilisés et divulgués conformément à ces modalités.

Je reconnais et comprends que des idées et des comportements suicidaires, y compris des suicides, ont été signalés chez des patients traités par SILIQ. Toutefois, aucun lien de causalité entre le traitement par SILIQ et le risque d'idées et de comportements suicidaires n'a été établi.

J'appellerai le **Service canadien de prévention du suicide au 1-833-456-4566 (pour les résidents du Québec, composer le 1-866-APPELLE [1-866-277-3553])** ou j'enverrai un **MESSAGE TEXTE AU 45645** si :

- je sens que des signes de repli, de dépression, d'anxiété et de désespoir apparaissent ou s'aggravent chez moi ou si je commence à présenter d'autres changements d'humeur;
  - je songe à me mutiler ou à me suicider; ou encore, je cherche des moyens de me mutiler ou je parle de mort ou j'écris à ce sujet.
- J'appellerai le 911 si je sens que je suis sur le point de me suicider ou de me mutiler.

**X Signature du patient :** \_\_\_\_\_  
 Date : ( DD / MM / YYYY )

**RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN**

Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
 No de permis d'exercice : \_\_\_\_\_  
 No de téléphone : \_\_\_\_\_ No de télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Adresse du médecin : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_  
 Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Autre personne-ressource au cabinet : \_\_\_\_\_  
 Adresse courriel de la clinique : \_\_\_\_\_  
 Mode de communication privilégié :  Tél.  Texto  Courriel

**PRESCRIPTION**

**DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE**

Non requis  
 En attente du résultat du test  
 Dispositions à prendre par le Programme (choisir le test) :  
 QuantiFERON®-TB Gold, ou  Test de Mantoux (test cutané à la tuberculine)  
 Résultat :  Positif  Négatif Date: \_\_\_\_\_  
 **Le patient est prêt sur le plan médical à commencer le traitement (voir ci-dessus)**

**Le patient est atteint de psoriasis en plaques modéré à sévère**  
**Dose recommandée :** 210 mg par voie sous-cutanée  
 Commencer par une **dose d'induction hebdomadaire** aux semaines 0, 1 et 2, puis administrer une **dose d'entretien toutes les deux semaines.**  
**Durée du traitement :**  3 mois  6 mois  12 mois

Si aucune durée de traitement n'est cochée ci-haut, la durée standard de 12 mois sera utilisée pour cette prescription.

Notes: \_\_\_\_\_

J'ai expliqué au patient les caractéristiques du Programme et lui ai dit qu'un responsable du Programme allait communiquer avec lui.

**X Signature du médecin prescripteur :** \_\_\_\_\_  
 Date : ( DD / MM / YYYY )

**REMBOURSEMENT**

Code UL (Ontario seulement) : \_\_\_\_\_  
 Couverture :  Régime privé  Régime public

## CONSENTEMENT DU PATIENT ET ÉNONCÉ DE CONFIDENTIALITÉ

Conformément aux exigences de Santé Canada, SILIQ<sup>MD</sup> (brodalumab) est seulement offert aux médecins prescripteurs, aux pharmaciens et aux patients par l'intermédiaire du programme de soutien aux patients ACTIVATION de SILIQ (le « Programme »), un programme de gestion du risque et de soutien aux patients parrainé par Bausch Health, Canada Inc. (avec ses sociétés affiliées, « Bausch Health ») et actuellement administré au nom de Bausch Health par Innomar Strategies Inc. (« Innomar »). SILIQ peut seulement être prescrit aux patients qui ont lu et accepté les modalités et conditions du Programme.

Le Programme comprend les services suivants :

- Exploration des options de remboursement pour vous aider à vous procurer SILIQ et simplifier le renouvellement de la couverture, avec au besoin un soutien financier;
- Services de pharmacie comme la coordination de la livraison de SILIQ à votre domicile ou à votre pharmacie locale;
- Formation individuelle sur l'auto-injection au moment et à l'endroit qui vous conviennent;
- Services d'information continus pour vous aider tout au long de votre traitement.

Vous comprenez que votre participation au Programme est conditionnelle à votre signature du présent consentement. Les mots « vous » et « votre » ou « je » et « moi » figurant sur la présente page font référence au patient ou, le cas échéant, au représentant légal qui s'inscrit au Programme au nom du patient.

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Pour pouvoir participer au Programme, vous devrez fournir à Innomar des renseignements personnels (collectivement, « renseignements personnels ») pouvant comprendre les suivants :

- Coordonnées
- Date de naissance
- Renseignements personnels sur votre santé ainsi que les renseignements compris dans le présent formulaire
- Renseignements financiers, par exemple sur votre couverture d'assurance

**Innomar utilisera et transmettra vos renseignements personnels seulement pour mener à bien les activités du programme ou à des fins par ailleurs permises ou requises par les lois applicables. À titre d'exemple, vos renseignements personnels pourraient être utilisés ou transmis dans le but de fournir et de consigner les services qui vous auront été fournis par l'intermédiaire du Programme (comme une assistance en matière de remboursement, un soutien infirmier et des services de pharmacie); de communiquer avec votre pharmacie, votre médecin ou votre infirmière à des fins de gestion du Programme ou de formation liée à l'administration de SILIQ; de faire le suivi de la prestation des services qui vous seront fournis par l'intermédiaire du Programme; et de répondre aux exigences légales et réglementaires, notamment en ce qui concerne le traitement et la déclaration des effets indésirables que vous pourriez présenter dans le cadre de votre traitement par SILIQ.** Des données regroupées ou dépersonnalisées ne contenant aucun renseignement personnel permettant de vous identifier peuvent également être divulguées à Bausch Health à des fins liées au Programme, mais Bausch Health ne recevra aucun renseignement permettant de vous identifier, sauf à des fins de signalement d'effets indésirables pour permettre à Bausch Health ou à ses mandataires ou représentants de faire un suivi auprès de vous et de votre ou vos professionnels de la santé. Bausch Health a besoin de ces renseignements pour maintenir ses dossiers le plus à jour possible en ce qui concerne l'innocuité de ses produits. Il est possible que des renseignements sur les effets indésirables doivent être signalés aux autorités sanitaires au Canada et à l'étranger.

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

- accessibles seulement aux employés, aux agents et aux représentants d'Innomar, de ses sociétés affiliées et de ses ayants cause, ainsi qu'aux tierces parties citées plus haut (et leurs sociétés affiliées et leurs ayants cause);
- conservés conformément aux lois, règlements et lignes directrices applicables et à l'énoncé de confidentialité de Bausch Health;
- protégés par des mesures physiques, administratives et techniques appropriées contre la perte, le vol ainsi que contre la consultation, la transmission, la copie, l'usage ou la modification non autorisés. Ces mesures seront prises sans égard au support sur lequel ces renseignements sont sauvegardés.
- conservés dans un format où il est possible de vous identifier seulement pendant la période nécessaire pour les besoins décrits ci-dessous.

Sauf dispositions contraires des lois applicables, vous pouvez accéder à vos renseignements personnels recueillis par l'intermédiaire du Programme et demander que des corrections soient apportées à tout renseignement erroné en communiquant avec Innomar au 1-844-852-6967. Vos renseignements seront recueillis, utilisés et conservés de la manière décrite plus haut et conformément à l'énoncé de confidentialité de Bausch Health. Une copie de l'énoncé de confidentialité de Bausch Health est disponible sur demande en communiquant avec l'agent de la protection de la vie privée de Bausch Health à Bausch Health, Canada Inc., 2150, boul. St-Elzéar Ouest, Laval (Québec) H7L 4A8.

### LE PROGRAMME

En vous inscrivant au Programme, vous autorisez Innomar à :

- trouver des fonds pour rembourser le coût du traitement par SILIQ, en tout ou en partie; vous comprenez, toutefois, que le remboursement n'est pas garanti. Il est possible que l'on communique avec votre médecin ou d'autres professionnels de la santé pour obtenir des renseignements additionnels qui seraient nécessaires au traitement de la demande;
- passer en revue votre dossier médical en vue de vous fournir les services du Programme;
- utiliser vos renseignements sous forme de données anonymisées ou groupées pour la gestion et la surveillance du Programme, l'évaluation et la démonstration de l'efficacité du Programme et la conduite d'études et d'analyses portant sur la pharmacoeconomie et les résultats. Bausch Health pourrait aussi utiliser des données groupées avec celles d'autres personnes pour mener des études de marché. Vous ne serez pas identifié dans ces données groupées.

En vous inscrivant au Programme et en donnant votre adresse courriel, vous consentez à ce que vos renseignements personnels soient transmis par l'échange de courriels et/ou de messages textes non sécurisés entre le Programme, votre assureur et vos professionnels de la santé pour l'établissement de votre admissibilité au Programme, la conduite des activités liées au Programme et la prestation des services du Programme. Vous reconnaissez que l'échange de courriels peut ne pas être le mode de communication le plus sûr. Vos renseignements pourraient être transmis, conservés et/ou traités à l'extérieur du Canada, y compris aux États-Unis, où les lois locales s'appliqueront. Si Bausch Health nomme un nouvel administrateur du Programme pour remplacer Innomar, vous acceptez que vos renseignements personnels soient transmis au nouveau fournisseur de services.

### RETRAIT DU CONSENTEMENT

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en composant le 1-844-852-6967. Si vous le faites, vous ne pourrez plus participer au Programme ni recevoir SILIQ et votre retrait ne sera pas rétroactif; les activités antérieures à votre retrait concernant vos renseignements personnels ne seront pas touchées. Vos renseignements personnels seront supprimés ou conservés conformément aux lois, aux règlements et aux lignes directrices applicables et à l'énoncé de confidentialité de Bausch Health. Tout renseignement détenu par Innomar ou Bausch Health continuera d'être traité comme il est indiqué ci-dessus et conformément à l'énoncé de confidentialité de Bausch Health.

Consultez la monographie du produit au <https://www.canada.ca/fr/sante-canada.html> pour obtenir de l'information sur les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'usage clinique. Vous pouvez également vous procurer la monographie en appelant au 1 800-361-4261.