

Formulaire d'inscription au Programme de soutien MyADvantage^{MC}

Veillez faxer le formulaire dûment rempli au 1-833-760-6923 ou l'envoyer par courriel à info@myadvantagesupport.ca. Pour éviter tout retard, veuillez remplir tous les champs. Pour toute demande de renseignements, veuillez contacter le Programme au 1-833-729-6923.



1. Information sur le patient

Prénom : _____ Nom de famille : _____
Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____ Numéro de carte d'assurance maladie : _____
Adresse : _____ Ville/Province/Code postal : _____
Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____
Nom du contact alternatif : _____ N° téléphone du contact alternatif : _____
Préfère être contacté : Matin Après-midi Soirée Autre : _____ Langue préférée : Anglais Français
 Consentement au Programme pour envoyer un courriel Consentement au Programme pour laisser un message vocal

2. Consentement du patient

Je désire participer au Programme de soutien MyADvantage tel que décrit par mon médecin traitant. **J'ai lu et compris les informations relatives au consentement du patient et à la protection de la vie privée figurant au verso de ce formulaire** et j'accepte que mes informations personnelles soient recueillies, utilisées et divulguées conformément à ces conditions.

J'autorise l'utilisation de mes dossiers anonymes, de toute observation et de tout résultat trouvé au cours de ce Programme à des fins d'éducation, de publication et/ou de présentation. Toutes les informations recueillies dans le cadre du Programme seront rendues anonymes. Il est entendu que je ne serai pas rémunéré pour participer à ce Programme. Je sais que je peux retirer en tout temps mon consentement à inclure mes informations dans les données agrégées en envoyant un courriel à info@myadvantagesupport.ca.

Signature du patient : _____ Date : (JJ/MM/AA) _____
Patient ou représentant légal si le patient est âgé de 12 à 17 ans

OU **Consentement verbal obtenu du patient le** (JJ/MM/AA) _____
Patient ou représentant légal si le patient est âgé de 12 à 17 ans

3. Informations médicales *Veillez remplir tous les champs pour éviter les retards*

Résultats des tests : BSA : _____ IGA : _____ EASI : _____ DLQI : _____

Le patient a essayé **au moins deux corticostéroïdes topiques de puissance moyenne à élevée** : Oui Non

Le patient a essayé **un ou plusieurs inhibiteur(s) topique(s) de la calcineurine** : Oui Non

Patient a essayé le **méthotrexate** : Réponse inadéquate Intolérant Non Contre-indiqué

Patient a essayé la **cyclosporine** : Réponse inadéquate Intolérant Non Contre-indiqué

Patient a essayé le **dupilumab** : Réponse inadéquate Intolérant Non Contre-indiqué

Patient a essayé la **photothérapie** : Réponse inadéquate Intolérant Non Contre-indiqué

Implication d'un **site spécial?** Oui Non **Le patient est médicalement autorisé à commencer le traitement**

Notes :

4. Informations sur les prescriptions

Diagnostic : **Dermatite atopique modérée à sévère** Programme de coordination de l'entraînement à l'injection avec le patient

Sur prescription initiale (16 semaines) :

Dose d'attaque de **600 mg d'Adtralza[®]** (tralokinumab), suivie de **300 mg** toutes les 2 semaines par la suite

Dose d'entretien sur prescription (après 16 semaines) :

Dose d'entretien de **300 mg d'Adtralza[®]** (tralokinumab) **toutes les 2 semaines**

Dose d'entretien de **300 mg d'Adtralza[®]** (tralokinumab) **toutes les 4 semaines**

Durée des renouvellements : 4 mois 6 mois 12 mois

Autre _____

5. Information sur le prescripteur et consentement

Ce formulaire constitue une prescription légale pour le patient ci-haut mentionné. J'autorise les représentants du Programme de soutien MyADvantageTM (« le Programme ») à transmettre l'ordonnance en mon nom à la pharmacie choisie par le patient. **J'ai lu et compris les informations relatives au consentement du médecin et à la protection de la vie privée figurant au verso de ce formulaire** et j'accepte que mes informations personnelles soient recueillies, utilisées et divulguées conformément à ces conditions.

Nom du prescripteur : _____ Signature du prescripteur : _____ Date : (JJ/MM/AA) _____

Numéro de permis : _____ Nom de la clinique qui prescrit : _____ Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____ Nom du contact préféré : _____

Méthode de contact préférée : Téléphone : _____ Fax : _____ Courriel : _____

Consentement du patient

Les mots « vous » et « votre » sur cette page font référence au patient. « Le Programme » désigne le Programme de soutien MyADvantage^{MC}, actuellement administré par NavieGo Patient Programs LTD (« l'administrateur du Programme »).

Le Programme est parrainé par LEO Pharma Inc. (« LEO Pharma ») et il est supervisé et administré par l'administrateur du Programme. Vous comprenez que le Programme a pour but d'aider à s'y retrouver dans les options de remboursement, de favoriser le suivi du remboursement, de fournir un soutien financier le cas échéant, et d'offrir des services supplémentaires liés au traitement, comme les injections et la formation aux injections, les services éducatifs, le suivi de l'observance et de l'efficacité du traitement (collectivement appelés les « services »).

Vous comprenez que toute aide financière qui vous est fournie à la suite de votre inscription au Programme peut être un revenu à déclarer aux payeurs publics ou privés ou aux agences gouvernementales. Vous comprenez que vous êtes seul responsable de ces déclarations ainsi que de la conformité de l'acceptation de cette aide financière.

Vous comprenez que vous avez le droit de refuser de signer ce formulaire de consentement et que, si tel est le cas, vous n'aurez pas accès au Programme.

Vous confirmez que les informations contenues dans ce formulaire sont complètes et exactes en autant que vous sachiez. Vous reconnaissez que LEO Pharma se réserve le droit de modifier ou de mettre fin au Programme en tout temps, y compris que LEO Pharma peut changer d'administrateur du Programme, auquel cas vos renseignements personnels qui ont été recueillis seront partagés avec le nouvel administrateur du Programme.

En signant ce formulaire, vous acceptez de vous inscrire au Programme et autorisez la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos informations comme décrites ci-dessous. Vous acceptez d'être contacté par des représentants du Programme pour recevoir les services du Programme.

Innocuité des médicaments

LEO Pharma a l'obligation légale de recueillir, de surveiller et de conserver les enregistrements des plaintes relatives à la qualité des produits, des événements indésirables et autres expériences relatives à l'innocuité. Si vous subissez un événement indésirable ou une autre expérience en matière d'innocuité, LEO Pharma et ses représentants conserveront vos informations à ces fins. Les données personnelles rendues anonymes et relatives aux cas d'innocuité ne sont partagées avec les autorités de santé que lorsque cela est nécessaire, et les identifiants personnels sont limités à chaque étape du traitement du dossier. LEO Pharma peut vous contacter, ou contacter votre professionnel de la santé, pour demander des informations supplémentaires sur votre événement indésirable ou toute autre expérience relative à l'innocuité.

Consentement du médecin

Je consens à ce que mes informations posologiques soient utilisées par le Programme et LEO Pharma aux fins de l'administration et du suivi du Programme.

Je consens à ce que des représentants du Programme et de LEO Pharma Inc. me contactent au sujet du patient, du produit, du Programme et/ou de tout événement indésirable ou autre expérience concernant l'innocuité survenus au patient.

J'accorde à LEO Pharma la permission de consulter le statut d'inscription anonymisé du patient MyADvantage^{MC} pour, mais sans s'y limiter, les ventes et le marketing, et je donne la permission que cela soit fait rétroactivement.

Je comprends que LEO Pharma se réserve le droit de modifier ou de mettre fin au Programme en tout temps, y compris que LEO Pharma peut changer les administrateurs du Programme, auquel cas vos renseignements personnels qui ont été recueillis seront partagés avec le nouvel administrateur du Programme.

Informations personnelles : Collecte, utilisation et divulgation

Pour le patient uniquement

Pour participer au Programme, vous pourriez être tenu de fournir des informations personnelles aux représentants du Programme, et notamment :

- Informations personnelles (par exemple, coordonnées ou preuve de citoyenneté/résidence canadienne)

- Informations financières (par exemple, des copies de votre déclaration de revenus canadienne, des talons de chèque de paie ou des déclarations de revenus)
- Informations relatives à la couverture d'assurance (par ex. les informations nécessaires pour maintenir la couverture d'assurance)
- Informations personnelles sur la santé (par ex. les questionnaires sur les résultats rapportés par le patient)

Ces informations seront recueillies, utilisées, divulguées et stockées par le Programme afin de fournir les services et de recevoir des commentaires sur votre expérience du Programme et des services du Programme en vue d'améliorer celui-ci. Ces informations peuvent être partagées avec :

- LEO Pharma, l'administrateur du Programme et/ou leurs sociétés affiliées et fournisseurs de services tiers
- Vos assureurs publics et privés
- Vos professionnels de la santé, qui peuvent partager vos informations avec vos assureurs

Vous autorisez le Programme à obtenir d'autres informations de votre médecin prescripteur et de votre compagnie d'assurance santé si cela est jugé nécessaire pour garantir l'exactitude et l'exhaustivité de vos informations et pour administrer le Programme, et que ces autres informations peuvent inclure des informations personnelles et/ou des informations de santé personnelles.

Pour le patient et le médecin

Toutes les informations personnelles recueillies dans le cadre du Programme seront :

- Conservées conformément à la législation, aux règlements et aux directives applicables et conformément à l'Énoncé de confidentialité de LEO Pharma. Une copie de l'Énoncé de confidentialité est disponible sur www.leo-pharma.ca/fr/Privacy-Statement.
- Protégées par des mesures de sécurité physiques, administratives et techniques adéquates contre la perte ou le vol, et contre la consultation, la communication, la copie, l'utilisation ou l'altération non autorisées. Ces mesures de protection s'appliquent quel que soit le format dans lequel vos informations sont stockées
- Conservées dans un format permettant d'identifier la personne seulement si cela est nécessaire aux fins décrites ci-dessous dans la section Innocuité des médicaments

LEO Pharma peut utiliser vos informations anonymisées à des fins diverses comme la production de données probantes, y compris la surveillance, l'évaluation et l'amélioration du Programme. Vos informations peuvent être transférées, stockées et/ou traitées à l'extérieur de votre province/territoire de résidence et/ou à l'extérieur du Canada et les lois sur la protection de la vie privée de ces juridictions peuvent être moins strictes que les lois canadiennes et/ou celles de votre province/territoire de résidence.

Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels détenus par l'administrateur du Programme ou les corriger en tout temps en communiquant avec le Programme au 1-833-729-6923.

Pour toute question concernant ce formulaire de consentement ou autres questions relatives au Programme ou aux services du Programme, veuillez appeler le 1-833-729-6923.

Retrait du consentement (s'applique au patient et au médecin)

Vous pouvez révoquer votre consentement à ce qui précède et vous retirer du Programme en tout temps en appelant le 1-833-729-6923 ou par courriel à info@myadvantagesupport.ca. Vous reconnaissez que votre retrait n'est pas rétroactif et que, par conséquent, toute activité liée à vos informations personnelles avant votre retrait du Programme ne sera pas affectée. Vos informations personnelles seront supprimées et/ou conservées en toute sécurité conformément à la législation, aux règlements et aux directives applicables, ainsi qu'à l'Énoncé de confidentialité de LEO Pharma.

©2023 LEO Pharma Inc.

Adtralza[®] et le logo LEO Lion sont des marques déposées de LEO Pharma A/S utilisées sous licence et distribuées par LEO Pharma Inc. Canada MyADvantage^{MC} est une marque de commerce de LEO Pharma Inc.



MAT-52101 V3