



LillyPlus®

Formulaire d'inscription

au Programme de soutien aux patients pour Ebgllyss^{MC}



N° de télécopieur : 1-844-344-3546

Courriel : Support@LillyPlus.ca
N° de téléphone du Programme : 1-877-219-8908

Numériser pour enregistrer le numéro du PSP

Renseignements sur le patient

Nom		Prénom	
Numéro de téléphone (avec l'indicatif régional)	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	
Numéro de la carte d'assurance maladie			
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Courriel (facultatif)			
<input type="checkbox"/> J'autorise un représentant du programme à laisser un message		Préférence linguistique <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre : _____	

Renseignements sur l'évaluation

Résultats aux tests (si disponibles)

IGA* : _____ EASI* : _____ DLQI* : _____
 Pruritus NRS* : _____ BSA* : _____

Traitements antérieurs

Corticostéroïdes topiques : _____
 Inhibiteurs topiques de la calcineurine :
 Tacrolimus : _____ semaines. Posologie : _____
 Pimécrolimus : _____ semaines. Posologie : _____
 Corticostéroïdes à action générale : _____ semaines. Posologie : _____
 Immunosuppresseurs :
 Méthotrexate : _____
 Mycophénolate mofétil : _____
 Cyclosporine : _____
 Azathioprine : _____

Contre-indications aux immunosuppresseurs (le cas échéant) : _____

Produits biologiques antérieurs ou actuels : _____
 Photothérapie : _____ fois par semaine pendant _____ semaines Non accessible

*IGA : Évaluation globale réalisée par l'investigateur *EASI : Indice d'étendue et de gravité de l'eczéma
 *DLQI : Indice dermatologique de la qualité de vie *NRS : Échelle d'évaluation numérique
 *BSA : Surface corporelle atteinte

Consentement du patient ou du représentant légal

(si ce consentement ne peut être obtenu, veuillez cocher la case du consentement verbal dans le coin inférieur droit du présent formulaire)

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE VOUS AVEZ LU ET BIEN COMPRIS LES RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSENTEMENT DU PATIENT ET LA CONFIDENTIALITÉ AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE. J'ai lu et compris les renseignements sur le consentement du patient et je consens à ce que mes renseignements personnels ou ceux du patient soient recueillis, utilisés et divulgués conformément aux présentes modalités d'utilisation.

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

Renseignements sur la clinique (le tampon d'adresse de la clinique peut être utilisé)

Nom du médecin prescripteur

Ebgllyss doit être prescrit par un :

dermatologue allergologue pédiatre immunologue clinique

OU

En consultation avec l'un ou l'autre de ces spécialistes (veuillez aussi cocher la spécialité)

Adresse

Ville Province Code postal

Numéro de téléphone de la clinique Télécopieur

Courriel

Personne-ressource à la clinique

(si autre que le médecin)

Mode de communication privilégié

Téléphone Télécopieur Courriel

Directives du médecin

J'approuve l'instauration immédiate d'Ebgllyss

Oui Non (en attente des résultats de tests) Non (autre, veuillez préciser ci-dessous)

Ordonnance d'Ebgllyss (lébrikizumab)

Je confirme par la présente que je prescris Ebgllyss pour une dermatite atopique modérée ou sévère chez :

Un adolescent (de 12 à < 18 ans) qui pèse \geq 40 kg
 Un adulte (\geq 18 ans)

Dispositif

Stylo pré-rempli Seringue pré-remplie

Posologie (ne dépend pas du poids)

Semaines 0 et 2 : Deux injections de 250 mg toutes les 2 semaines
 Semaines 4 à 14 : Une injection de 250 mg toutes les 2 semaines
 Semaines 16 et au-delà* : Une injection de 250 mg toutes les 4 semaines
 Durée : _____ mois

* Lorsque la réponse clinique est atteinte, la dose d'entretien recommandée est de 250 mg toutes les quatre semaines à compter de la semaine 16.

Confirmation et ordonnance du médecin

L'utilisation d'Ebgllyss pour ce patient se fonde sur ma décision clinique. J'ai examiné la monographie d'Ebgllyss et j'ai informé le patient (ou son représentant légal) des bienfaits et des risques potentiels associés à son utilisation.

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE VOUS AVEZ LU ET BIEN COMPRIS

LE CONSENTEMENT DU MÉDECIN AU VERSO DE CE FORMULAIRE.

J'ai lu et compris le texte sur le consentement du médecin et je consens à ce que mes renseignements soient recueillis, utilisés et divulgués conformément aux présentes modalités d'utilisation.

Signature X	
N° du permis d'exercice	Date (JJ/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> Si la signature du patient ou du représentant légal n'a pas été obtenue dans la section Consentement du patient ou du représentant légal, cochez ici afin de signifier que vous avez obtenu le consentement verbal du patient ou du représentant légal.	



Ebgllyss^{MC} et LillyPlus® sont des marques de commerce détenues ou utilisées sous licence par Eli Lilly and Company ou l'une de ses filiales ou sociétés affiliées. Veuillez consulter la monographie du produit sur Lilly.ca pour obtenir de plus amples renseignements. Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit en composant le 1-877-219-8908.
 PP-LK-CA-0025F
 © 2024 Eli Lilly Canada Inc. Tous droits réservés.



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 qui inscrit le patient au Programme de soutien aux patients LillyPlus® (le « Programme »). Le mot « représentant » désigne un employé, un agent ou un contractant, et « Lilly » désigne Eli Lilly Canada Inc.

Vos renseignements personnels seront recueillis, utilisés et conservés de la manière décrite ci-dessous et conformément à l'énoncé de confidentialité de Lilly. Une copie de notre énoncé de confidentialité est disponible sur le site Web de Lilly au www.lilly.ca. Vous pouvez demander une copie de l'énoncé de confidentialité directement en vous adressant à : Chef de la protection de la vie privée, Eli Lilly Canada Inc., Exchange Tower, 130, rue King Ouest, bureau 900, C.P. 73, Toronto (Ontario) M5X 1B1. Pour de plus amples renseignements, composez le 1-888-545-5972.

Renseignements personnels : Collecte, utilisation et conservation

Pour pouvoir 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
- vos renseignements relatifs à la couverture d'assurance
- vos 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 :

- aux sociétés affiliées 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 uniquement aussi longtemps que nécessaire aux fins décrites ci-dessous.

En communiquant votre adresse électronique et en vous inscrivant au Programme, vous consentez à ce que vos renseignements personnels soient échangés par l'intermédiaire de courriels entre les administrateurs du programme, votre assureur et votre (ou vos) professionnel(s) de la santé dans le but d'établir votre admissibilité au programme, de mener des activités liées au programme et d'assurer la prestation des services liés au programme. Vous comprenez que vous pouvez retirer votre consentement en tout temps.

Vos renseignements personnels peuvent être transmis, conservés ou traités ailleurs qu'au Canada, notamment aux États-Unis, où les lois en vigueur s'appliqueront. Lilly veillera à ce que les normes de sécurité et de confidentialité de tout tiers avec qui elle échange vos renseignements respectent les exigences canadiennes applicables et rapporteront ces données à cette fin. Lilly ou soient, en tout état de cause, adéquates en ce qui a trait à la protection des renseignements personnels.

Innocuité du médicament

Lilly a l'obligation légale de déclarer les effets indésirables du médicament à Santé Canada et de traiter les plaintes relatives au produit. Si vous présentez un effet indésirable ou si vous déposez une plainte par rapport au produit, Lilly et ses représentants utiliseront et rapporteront ces données à cette fin. Lilly peut communiquer avec vous, avec votre médecin traitant ou avec un autre professionnel de la santé qui pourrait raisonnablement avoir connaissance de l'effet indésirable ou de la plainte relative au produit pour obtenir des renseignements supplémentaires 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 de ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients à recueillir, à utiliser et à divulguer vos renseignements personnels afin de vous offrir les services suivants :

- transmettre de l'information sur le produit et la maladie.
- donner une formation sur la technique d'injection et des services connexes.
- communiquer les nouvelles données sur le produit et la maladie.
- fournir des services pour favoriser l'observance et le suivi.
- demander du financement pour rembourser en partie ou en totalité le coût de votre traitement par Ebglyss, en sachant que le remboursement n'est pas garanti. Il est possible que l'on communique avec votre ou vos professionnel(s) de la santé pour obtenir des renseignements supplémentaires, au besoin, permettant de 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 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 de 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 touchant le Programme.
- vous fournir des renseignements à jour sur Ebglyss et le Programme.

En vous inscrivant au Programme et en fournissant votre adresse électronique 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 et/ou message texte afin d'établir votre admissibilité au Programme et de vous offrir les services du Programme. Vous pourriez recevoir des courriels et/ou des 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.

Rien ne vous oblige à participer au Programme pour vous procurer Ebglyss. Eli Lilly Canada Inc. se réserve le droit de modifier le programme ou d'y mettre fin à tout moment et n'est en aucun cas tenue de vous fournir de l'aide maintenant ou à l'avenir.

Retrait du consentement et accès à vos renseignements

Vous pouvez annuler cette autorisation générale et vous retirer du Programme en appelant au **1-877-219-8908**. Votre retrait et la révocation de votre consentement ne sont pas rétroactifs et seront uniquement applicables au traitement de vos renseignements personnels par Lilly après votre retrait du Programme. Par souci de clarté, vous ne pouvez pas retirer votre consentement à l'utilisation de vos renseignements personnels, telle que décrite dans la présente section, et continuer de participer au Programme, car votre consentement est nécessaire pour pouvoir y participer. Vos renseignements personnels seront détruits ou conservés conformément aux lois, règlements et directives applicables ainsi qu'à l'énoncé de confidentialité de Lilly. Vous pouvez également consulter ou corriger vos renseignements personnels détenus par Lilly et ses représentants en communiquant avec un responsable de la confidentialité des données de Lilly, Eli Lilly Canada Inc. à Exchange Tower, 130, rue King Ouest, bureau 900, C.P. 73, Toronto (Ontario) M5X 1B1. 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 d'Eli Lilly Canada Inc. et de ses tiers fournisseurs communiquent avec moi au sujet du patient, d'Ebglyss et du Programme. Je consens à ce que les renseignements posologiques fournis dans le cadre du Programme soient utilisés à des fins d'administration et de surveillance du Programme, pour informer les représentants de Lilly avec qui j'interagis sur mon utilisation du Programme (tout en préservant l'anonymat du patient), et pour évaluer et montrer l'efficacité du Programme.

