

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS POUR SOTYKTU^{MC}

Veuillez télécopier le formulaire d'inscription à votre gestionnaire de cas _____ (à remplir par le gestionnaire de cas).

 **1 833 764-2158** | Pour toute demande de renseignements généraux, veuillez téléphoner au **1 833 764-2157**.

Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Le Programme de soutien aux patients Bristol Myers Squibb est offert aux patients adultes atteints de psoriasis en plaques modéré ou grave qui sont candidats à un traitement systémique ou à la photothérapie.

SECTION 1 : Renseignements sur le patient

Nom de famille* :	Prénom* :
Langue de préférence : <input type="checkbox"/> Ang. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Autre : _____	Date de naissance (jj/mm/aaaa) :
Numéro d'assurance maladie :	Genre : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre : _____
Adresse :	
Ville :	Province :
Code postal :	Numéro de téléphone à privilégier* :
Courriel :	Couverture d'assurance : <input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Double <input type="checkbox"/> Aucune

Renseignements sur le proche aidant

Nom : _____ Numéro de téléphone à privilégier : _____

Renseignements cliniques

Renseignements sur l'évaluation : Score PASI : _____ Score DLQI : _____ % SC : _____	Atteinte significative de : <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Mains <input type="checkbox"/> Pieds <input type="checkbox"/> Organes génitaux	Antécédents thérapeutiques : Sélectionner les traitements prescrits au patient et indiquer la raison de leur arrêt, le cas échéant : (NA = non accessible, RI = réponse inadéquate, IN = intolérance, CI = contre-indication)																														
Évaluation de la tuberculose (TB) <input type="checkbox"/> À organiser par l'équipe du Programme <input type="checkbox"/> QuantiFERON-TB Gold ou test Mantoux <input type="checkbox"/> Non requise <input type="checkbox"/> Résultat négatif Date (jj/mm/aaaa) : _____ <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Résultat positif Date (jj/mm/aaaa) : _____ Allergies : _____	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>NA</td> <td>RI</td> <td>IN</td> <td>CI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Méthotrexate</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acitrétine</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cyclosporine</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Photothérapie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agents topiques</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		NA	RI	IN	CI	<input type="checkbox"/> Méthotrexate	<input type="checkbox"/> Acitrétine	<input type="checkbox"/> Cyclosporine	<input type="checkbox"/> Photothérapie	<input type="checkbox"/> Agents topiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres renseignements																
	NA	RI	IN	CI																												
<input type="checkbox"/> Méthotrexate	<input type="checkbox"/>	<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"/>																												
<input type="checkbox"/> Cyclosporine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> Photothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> Agents topiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												

SECTION 2 : Consentement du patient

VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR LU ET ENTIÈREMENT COMPRIS LES MODALITÉS DE L'ENTENTE AUX SECTIONS 5 ET 6.

Je consens à m'inscrire au programme.

Signature du patient ou du représentant légal* :

Date (jj/mm/aaaa) :

 Cochez cette case si le consentement est accordé par l'intermédiaire d'un mandataire

(nom du mandataire en caractères d'imprimerie) :

SECTION 3 : Renseignements sur le médecin prescripteur

Nom de famille* :	Prénom* :	
Nom de la clinique* :	Personne-ressource :	
Adresse* :		
Ville* :	Province* :	Code postal* :
Numéro de téléphone au bureau* :	Numéro de télécopieur au bureau* :	
Courriel* :		

TAMPONNEZ ICI
SECTION 4 : Ordonnance

SOTYKTU est prescrit pour le traitement des patients adultes atteints de psoriasis en plaques modéré ou grave qui sont candidats à un traitement systémique ou à la photothérapie.

Nom de famille : _____ Prénom : _____

 Le patient a reçu des échantillons de SOTYKTU? Oui / Non

Date de remise (jj/mm/aaaa) : _____

SOTYKTU à 6 mg, par voie orale, 1 f.p.j. x 30 jours : _____ renouvellements

 Je confirme avoir lu la monographie de SOTYKTU et que je prescris ce médicament à ce patient conformément à l'usage prévu par cette monographie.

 Le patient a l'autorisation médicale pour commencer le traitement.

Numéro de permis du médecin* : _____

Signature du médecin* :

Date (jj/mm/aaaa) :

SECTION 5 : Consentement du patient

CONSENTEMENT RELATIF À L'INSCRIPTION AU PROGRAMME ET AU RESPECT DE LA VIE PRIVÉE DES PATIENTS

Le Programme de soutien aux patients pour SOTYKTU (ci-après, le « Programme ») offre aux patients à qui l'on a prescrit SOTYKTU des services de formation et de soutien thérapeutique.

Vos renseignements personnels peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués aux fins indiquées ci-dessus dans le cadre du Programme ou pour les besoins connexes indiqués à la section *Utilisation et divulgation de vos renseignements personnels* ci-dessous. Ce consentement est nécessaire pour avoir accès aux services fournis par le Programme.

En cochant cette case, j'autorise l'Administrateur à communiquer avec moi par courriel à des fins liées au Programme de soutien aux patients pour SOTYKTU. Je comprends que les courriels ne représentent pas le moyen de communication le plus sûr et, à ce titre, l'Administrateur n'inclura pas de renseignements médicaux sensibles dans les courriels qu'il m'enverra. Ces courriels peuvent toutefois révéler que je participe au Programme. Je peux retirer mon consentement à recevoir des courriels en communiquant avec l'Administrateur.

Je comprends en outre que mon consentement est nécessaire pour avoir accès aux services fournis par le Programme.

COLLECTE ET UTILISATION DE RENSEIGNEMENTS POUR DES ÉTUDES DE MARCHÉ OU DES RECHERCHES SUR LES RÉSULTATS CLINIQUES (FACULTATIF)

L'Administrateur ou BMS peut, au besoin, (i) retenir les services de firmes d'études de marché tierces pour mieux comprendre l'expérience des patients inscrits au Programme et pour apporter des améliorations au Programme (« étude de marché ») ou (ii) mener des recherches sur les résultats cliniques pour fournir de l'information aux assureurs, aux régimes publics d'assurance maladie, aux organismes de réglementation et aux autres intervenants sur des produits comme SOTYKTU (« recherche sur les résultats cliniques »).

L'Administrateur pourrait alors vous contacter afin d'obtenir votre consentement à participer à une telle étude de marché ou recherche sur les résultats cliniques, selon le cas. La participation à toute étude de marché ou recherche sur les résultats cliniques est volontaire, et le patient peut retirer son consentement à tout moment en communiquant avec l'Administrateur au moyen des coordonnées indiquées à la section Coordonnées de l'Administrateur ci-dessous.

Vous n'avez pas à donner votre consentement à participer à toute étude de marché ou recherche sur les résultats cliniques pour avoir accès aux services offerts par le Programme.

CONSENTEMENT VERBAL DU PATIENT*

À remplir par le professionnel de la santé (le cas échéant).
Consentement verbal obtenu par le professionnel de la santé :

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Le patient a donné son consentement (veuillez cocher les cases qui s'appliquent) :

Consentement relatif à l'inscription au Programme et au respect de la vie privée des patients (requis pour l'inscription au Programme)

En cochant cette case, j'autorise l'Administrateur à communiquer avec moi par courriel à des fins liées au Programme de soutien aux patients pour SOTYKTU. Je comprends que les courriels ne représentent pas le moyen de communication le plus sûr et, à ce titre, l'Administrateur n'inclura pas de renseignements médicaux sensibles dans les courriels qu'il m'enverra. Ces courriels peuvent toutefois révéler que je participe au Programme. Je peux retirer mon consentement à recevoir des courriels en communiquant avec l'Administrateur.

Nom du patient : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Signature du professionnel de la santé* : _____

SECTION 6 : Formulaire D'inscription Et De Consentement Pour Le Programme De Soutien Aux Patients Pour Sotyktu Par Bristol Myers Squibb

CONSENTEMENT RELATIF À L'INSCRIPTION AU PROGRAMME ET AU RESPECT DE LA VIE PRIVÉE DES PATIENTS. EN SIGNANT CE FORMULAIRE, VOUS RECONNAÎSSEZ QUE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SERONT RECUEILLIS, UTILISÉS ET/OU COMMUNIQUÉS AUX FINS DÉCRITES CI-DESSOUS.

À propos du programme de soutien aux patients pour SOTYKTU Le Programme de soutien aux patients pour SOTYKTU (ci-après le « Programme ») est un programme de service à la clientèle qui offre à des patients comme vous (« vous » ou « votre » fait référence à votre personne ou à votre enfant, selon le cas) à qui l'on a prescrit SOTYKTU des services de formation et de soutien thérapeutique, notamment :

- des renseignements et une formation sur le traitement par SOTYKTU;
- des services de soutien pour le remboursement des coûts, par exemple de l'aide pour déterminer votre admissibilité ou faire les démarches nécessaires pour un remboursement et/ou une aide financière auprès de votre assureur privé ou tout régime provincial approprié, les frais à votre charge;
- des services liés au traitement, comme la coordination de la livraison de SOTYKTU et de l'aide pour l'administration de SOTYKTU (tous ces services sont désignés sous le terme « Services de soutien »).

Vos renseignements personnels pourraient être recueillis, utilisés ou divulgués aux fins indiquées ci-dessus dans le cadre du Programme ou pour les besoins connexes indiqués à la section *Utilisation et divulgation de vos renseignements personnels* ci-dessous.

Qui administre ce Programme?

Le Programme est commandité par Bristol Myers Squibb (« BMS »), et administré au nom de BMS par Innomar Strategies, un fournisseur tiers offrant des services à la clientèle ainsi que des programmes de soutien aux patients (ci-après désigné sous le terme « Administrateur »). Si Innomar Strategies cesse d'agir à titre d'Administrateur, BMS pourrait en nommer un autre pour l'administration du Programme. Si tel est le cas, vos renseignements personnels pourraient être communiqués à ce nouvel Administrateur et utilisés par celui-ci de la manière décrite dans le présent formulaire afin qu'il puisse prendre la relève de l'administration du Programme et vous fournir les Services de soutien.

Collecte de vos renseignements personnels

L'Administrateur peut recueillir vos renseignements personnels directement auprès de vous ou de vos représentants autorisés (p. ex. un mandataire), des médecins, des infirmières, des pharmaciens, des compagnies d'assurance privées, des payeurs publics et de tout autre professionnel de la santé ou payeur susceptible de détenir les renseignements nécessaires. En général, les « renseignements personnels » désignent :

- votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone, votre adresse courriel, votre date de naissance;
- les renseignements sur votre état de santé, vos antécédents médicaux, vos traitements médicaux et vos médicaments d'ordonnance;
- les renseignements financiers, comme votre couverture d'assurance. L'Administrateur recueillera les renseignements personnels dont il a besoin pour administrer le Programme et vous offrir les Services de soutien.

Utilisation et divulgation de vos renseignements personnels

L'Administrateur (et ses représentants ou agents autorisés) peut

recueillir, utiliser et/ou communiquer vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- administrer le Programme;
- vous offrir les Services de soutien;
- déterminer votre admissibilité au Programme et aux Services de soutien, notamment vérifier que le régime d'assurance couvre SOTYKTU et/ou prendre d'autres dispositions pour le remboursement de SOTYKTU;
- personnaliser le Programme et les Services de soutien en fonction de votre situation particulière;
- vous fournir les documents relatifs à votre médicament, à votre traitement et au Programme;
- communiquer avec vous pour vous informer des changements apportés au Programme et aux Services de soutien;
- obtenir vos commentaires sur le Programme et les Services de soutien;
- analyser les données relatives aux résultats des patients en lien avec l'administration de SOTYKTU et en faire rapport;
- effectuer une évaluation interne et des analyses du Programme et des Services de soutien, y compris une étude de marché limitée;
- surveiller l'innocuité, produire des rapports, réaliser des audits, répondre aux questions ou aux demandes de renseignements sur le médicament et respecter toute autre obligation légale.

L'Administrateur peut aussi communiquer vos renseignements personnels à d'autres professionnels de la santé qui vous soignent (p. ex. votre médecin ou votre pharmacien) ainsi qu'à votre compagnie d'assurance maladie ou au régime public pour diverses raisons, notamment pour vous inscrire au Programme ou pour administrer ce dernier, pour vous offrir les Services de soutien liés à votre médicament, à votre traitement, à votre problème de santé ou à toute autre raison de santé, ou bien pour se conformer à toute obligation légale ou réglementaire.

Accès à vos renseignements et utilisation de ceux-ci par BMS

Dans le cadre normal de l'administration du Programme, l'Administrateur ne communiquera pas directement vos renseignements personnels à BMS ni à ses fournisseurs de services; cependant, il pourrait le faire dans certaines circonstances, notamment les suivantes :

- pour la surveillance de l'innocuité et les déclarations réglementaires (p. ex. la déclaration d'une réaction indésirable à Santé Canada);
- pour transférer vos renseignements personnels à un nouvel Administrateur du Programme;
- pour réaliser des audits du Programme dans le but de l'évaluer et de l'améliorer.

En outre, si une portion ou la totalité des actifs de BMS ou des droits y afférant sont vendus ou transférés à une autre entité, BMS pourrait lui communiquer tout renseignement personnel lié au Programme. Si une telle vente ou un tel transfert a lieu, BMS demandera à l'acheteur d'utiliser les renseignements personnels que vous avez fournis dans le cadre du Programme et de les divulguer d'une manière qui soit conforme aux fins indiquées dans le présent document.

L'Administrateur peut communiquer à BMS des données anonymisées ou regroupées qui ont été générées à partir de l'information recueillie au cours du Programme, lesquelles peuvent ensuite être utilisées aux fins suivantes :

- élaborer, évaluer ou améliorer le Programme et les Services de soutien (y compris la participation et les expériences des patients)

ou les approches de traitement par SOTYKTU et leur mise en œuvre;

- administrer les aspects financiers du Programme ou des Services de soutien;
- réaliser des études cliniques ou commerciales, y compris de futures études scientifiques, demandes d'autorisation et publications.

Protection de vos renseignements personnels

BMS est légalement tenue de protéger tout renseignement personnel recueilli auprès de vous dans le cadre du Programme conformément aux lois applicables en matière de protection de la vie privée. La Politique de confidentialité de BMS est accessible à l'adresse suivante : <https://www.bms.com/cal/fr/privacy-policy.html>

Conservation de vos renseignements personnels

L'Administrateur et/ou BMS peuvent transférer, conserver ou traiter des renseignements personnels à l'extérieur du Canada. Dans un tel cas, vos renseignements personnels peuvent être soumis aux lois du pays où ils sont conservés, lequel n'offre peut-être pas le même niveau de protection légale que votre pays de résidence. Par conséquent, il est possible que d'autres gouvernements, tribunaux, organismes d'application de la loi ou organismes de réglementation étrangers soient autorisés à consulter ou à recueillir ces renseignements personnels dans certaines circonstances. Vos renseignements personnels seront conservés pendant toute la durée de votre participation au Programme et seront ensuite supprimés conformément aux politiques de conservation des documents de l'Administrateur et de BMS, sous réserve des exigences légales et réglementaires.

Consultation ou correction de vos renseignements personnels

Vous pouvez demander de consulter ou de faire corriger les renseignements personnels que l'Administrateur a recueillis sur vous en communiquant avec celui-ci au moyen des coordonnées indiquées à la section Coordonnées de l'Administrateur.

Désistement du Programme ou retrait du consentement

Votre participation à ce Programme est volontaire. Si vous choisissez de ne pas y participer, il n'y aura aucune conséquence sur votre traitement médical ou votre admissibilité à une couverture d'assurance. Vous pouvez refuser de signer le formulaire de consentement et/ou refuser de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels, comme il est indiqué ci-dessus. Toutefois, si vous ne consentez pas à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels aux fins décrites dans ce formulaire, vous ne pourrez pas participer au Programme ni bénéficier des Services de soutien. Vous pouvez annuler votre inscription ou retirer votre consentement en tout temps en faisant parvenir une demande écrite et signée à l'Administrateur à l'adresse indiquée à la section Coordonnées de l'Administrateur. L'annulation de votre inscription ou le retrait de votre consentement entrera en vigueur dès que l'Administrateur recevra votre lettre. Si vous présentez une telle demande, aucun nouveau renseignement personnel ne sera recueilli auprès de vous, mais les renseignements déjà recueillis seront conservés conformément aux exigences légales et réglementaires, et BMS pourra continuer de les utiliser sous une forme anonymisée ou regroupée, tel qu'il est décrit ci-dessus.

Coordonnées de l'Administrateur

Si vous souhaitez formuler une demande de renseignements ou une plainte; si vous avez d'autres préoccupations concernant la collecte, l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels dans

le cadre du Programme ou des Services de soutien, ou concernant les pratiques de l'Administrateur en matière de renseignements personnels, ou si vous souhaitez retirer votre consentement, consulter vos renseignements personnels ou les faire modifier, vous pouvez contacter l'Administrateur par écrit aux coordonnées suivantes : Adresse postale : 3470 Superior Court, Oakville, ON L6L 0C4 Télécopieur : 1 833 764-2158

Il est possible que l'Administrateur vous demande une preuve d'identité ou des renseignements supplémentaires afin de traiter votre demande.

EN SIGNANT LE PRÉSENT FORMULAIRE DE CONSENTEMENT :

- Je confirme avoir lu et entièrement compris les conditions énoncées dans le présent formulaire de consentement relatif à la vie privée des patients, et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels conformément à ces conditions.
- Je comprends que je n'ai pas l'obligation de signer ce formulaire de consentement. Si je choisis de ne pas consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels, je ne pourrai pas participer au Programme.
- Je comprends que la participation au Programme n'est pas requise pour que je puisse avoir accès à SOTYKTU.
- J'autorise les professionnels de la santé, les pharmaciens et ma compagnie d'assurance maladie ou le régime public à transmettre à l'Administrateur ou à ses agents mes renseignements personnels, notamment de l'information sur mes ordonnances et sur mon état de santé ainsi que des renseignements financiers, afin que l'Administrateur puisse utiliser ces renseignements personnels pour m'offrir les Services de soutien et administrer le Programme, conformément à ce qui est décrit ci-dessus.
- Je comprends que les appels téléphoniques entre moi et les employés de l'Administrateur peuvent être surveillés ou enregistrés à des fins de contrôle de la qualité ou de formation.
- Je reconnais que mes renseignements personnels peuvent être transférés et conservés à l'extérieur du Canada.
- Je comprends que tous les renseignements transmis à BMS peuvent être communiqués aux entreprises du groupe BMS aux fins indiquées à la section Accès à vos renseignements et utilisation de ceux-ci par BMS.
- Je comprends que BMS peut transmettre mes renseignements personnels aux autorités réglementaires telles que Santé Canada ou à d'autres organismes gouvernementaux au Canada ou à l'étranger, pour signaler tout effet indésirable lié au médicament ou pour se conformer à la loi.
- Je reconnais que mon consentement est valide pour la durée de ma participation au Programme, à moins que je le retire. Même si je retire mon consentement ou ne participe plus au Programme, j'accepte que mes renseignements personnels soient conservés conformément aux exigences légales et réglementaires, et que BMS puisse continuer de les utiliser sous une forme anonymisée ou regroupée, conformément à ce qui est décrit dans la section Accès à vos renseignements et utilisation de ceux-ci par BMS.
- J'accepte que BMS se réserve le droit, à son entière discrétion, de modifier, de suspendre ou d'abolir le Programme ou l'un ou l'ensemble des Services de soutien, en tout ou en partie, y compris de changer de fournisseur de services tiers. BMS m'informerait de ces changements si la loi l'exige.

SOTYKTU (comprimés de deucravacitinib) est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints de psoriasis en plaques modéré ou grave qui sont candidats à un traitement systémique ou à la photothérapie. Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph_fr/SOTYKTU_FR_PM.pdf pour obtenir des renseignements importants sur les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses, la posologie et les conditions d'usage clinique. Vous pouvez aussi vous procurer la monographie du produit en téléphonant au 1 866 463-6267.

COORDONNÉES DE L'ADMINISTRATEUR Téléphone : 1 833 764-2157 | Télécopieur : 1 833 764-2158 | Courriel : sotyktu@innomar-strategies.com