



LillyPlus™

Programme de soutien aux patients Olumiant FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Téléphone : 1 877 219-8908
Télécopieur : 1 844 344-3546
Envoyer le formulaire par courriel à :
Support@LillyPlus.ca

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : Sexe : H F Autre

Adresse :

Ville : Province :

Code postal :

Numéro de la carte d'assurance maladie :

Meilleur numéro de téléphone pour me rejoindre :

Meilleur moment de la journée pour m'appeler : AM PM Peut laisser un message

Courriel (facultatif) :

Langue de préférence : A F Autre :

RENSEIGNEMENTS SUR LA CLINIQUE

Les renseignements sur le médecin peuvent être estampillés dans cet espace :

Nom du médecin :

Personne-ressource à la clinique (si autre que le médecin) :

Adresse :

N° de téléphone : N° de télécopieur :

Courriel (facultatif) :

Méthode de communication privilégiée : Téléphone Télécopieur Courriel

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉVALUATION

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Preuve Facteur radiographique : Oui Non PR positif Oui Non

Anti-CCP positif Oui Non

HAQ _____ Date JJ / MM / AAAA ACR _____ Date JJ / MM / AAAA

DAS28 _____ Date JJ / MM / AAAA ESR _____ Date JJ / MM / AAAA

Enflées (n°) _____ Date JJ / MM / AAAA CRP _____ Date JJ / MM / AAAA

Thérapies systématiques :

Sélectionnez les thérapies suivies par le patient et indiquez la raison de l'arrêt, ainsi que la date de fin, le cas échéant : (RI = réponse inadéquate, IN = intolérance, CI = contre-indication)

	RI	IN	CI	Date de début	Date de fin
Méthotrexate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __ / ____	__ / __ / ____
Léflunomide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __ / ____	__ / __ / ____
Sulfasalazine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __ / ____	__ / __ / ____
Autres ARMM _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ / __ / ____	__ / __ / ____

Autres critères de remboursement pour la couverture

PELADE

Score SALT (% de perte de cheveux) : _____

Atteinte des sourcils et/ou des cils? Oui Non

Durée de l'épisode actuel de pelade comprise entre 6 mois et 8 ans? Oui Non

Durée de l'épisode actuel : _____

Traitement antérieur

Traitement antérieur	Date de début	Date de fin
_____	__ / __ / ____	__ / __ / ____
_____	__ / __ / ____	__ / __ / ____
_____	__ / __ / ____	__ / __ / ____

CONSENTEMENT DU PATIENT

VOIR LES RENSEIGNEMENTS COMPLETS SUR LA SECTION « CONSENTEMENT DU PATIENT ET RESPONSABILITÉ » QUI FIGURENT INTÉGRALEMENT AU VERSO. VEUILLEZ VOUS ASSURER DE LIRE ET DE BIEN COMPRENDRE CES RENSEIGNEMENTS. J'ai lu et je comprends les renseignements sur la section « Consentement du patient et responsabilité ». Je consens à ce que mes renseignements personnels soient recueillis, utilisés et divulgués conformément aux présentes conditions.

Nom du patient ou du représentant légal : _____ Lien avec le patient : _____

Signature : _____ Date (JJ-MM-AAAA) : _____

DIRECTIVES MÉDICALES

J'approuve le commencement du traitement sous Olumiant maintenant Oui Non (veuillez préciser) : _____ Autre : _____ Échantillons fournis Oui Non

RX - OLUMIANT^{MD} (baricitinib)

Diagnostic et dose : Polyarthrite rhumatoïde modérée à grave 2 mg une fois par jour

Pelade sévère 2 mg une fois par jour 4 mg une fois par jour

Détails: Nouvelle ordonnance OU Renouvellement

Jours d'approvisionnement : _____ Nombre de répétitions : _____

AUTORISATION DU MÉDECIN ET ORDONNANCE

L'utilisation d'Olumiant^{MD} chez ce patient se fonde sur mon processus décisionnel clinique. J'ai lu la monographie de Olumiant et j'ai informé le patient (ou son représentant légal) des bienfaits et des risques potentiels associés à l'utilisation de ce médicament.

VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR LU ET BIEN COMPRIS LA SECTION « CONSENTEMENT DU MÉDECIN » AU VERSO DE CE FORMULAIRE.

J'ai lu et compris les renseignements sur le consentement du médecin et je consens à ce que mes renseignements personnels soient recueillis, utilisés et divulgués conformément aux présentes conditions.

Si le patient n'a pas signé dans la section « Consentement du patient », cochez ici pour indiquer que vous avez reçu le consentement verbal du patient.

Signature : _____ Date (JJ-MM-AAAA) : _____ No de permis d'exercice : _____



OLUMIANT^{MD} et LillyPlus^{MD} sont des marques déposées détenues ou utilisées sous licence par Eli Lilly and Company, ses filiales ou ses sociétés affiliées. Veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse Lilly.ca pour les contre-indications, les mises en garde et précautions, les effets indésirables, la posologie et les conditions d'usage clinique. Vous pouvez aussi obtenir la monographie en composant le 1 877 219-8908. © 2024 Eli Lilly and Company. 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 du patient qui s'inscrit au nom du patient au programme de soutien aux patients LillyPlus^{MD} (le « programme »). Le mot « représentant » signifie un employé, un agent ou un entrepreneur, et « Lilly » renvoie à Eli Lilly Canada Inc.

Vos renseignements seront recueillis, utilisés et conservés de la façon décrite ci-dessous et conformément à l'énoncé de confidentialité de Lilly. Vous trouverez une copie de cet énoncé à l'adresse www.lilly.ca. Vous pouvez aussi en obtenir une copie en communiquant avec le chef de la protection de la vie privée d'Eli Lilly Canada Inc., Exchange Tower, 130, rue King Ouest, bureau 900, C.P. 73, Toronto (Ontario) M5X 1B1. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez composer le 1 888 545-5972.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : COLLECTE, UTILISATION ET CONSERVATION

Afin de 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;
- des renseignements relatifs à la couverture d'assurance;
- des renseignements financiers.

Ces renseignements seront recueillis, utilisés et divulgués par Lilly afin de vous offrir les services du programme; il est possible qu'ils soient transmis :

- à des filiales 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 dans un format permettant l'identification personnelle seulement pendant la période 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 transmis par l'intermédiaire de courriels non sécurisés entre les administrateurs du programme, votre assureur et vos fournisseurs de soins de 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 reconnaissez que le courriel n'est pas un mode de communication sécuritaire et que vous pouvez retirer votre consentement en tout temps.

Vos renseignements personnels peuvent être transmis, conservés ou traités à l'extérieur du Canada, notamment aux États-Unis, où les lois en vigueur s'appliquent. 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 en matière de protection de la vie privée 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 relative 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.

LE PROGRAMME

En vous inscrivant au programme, vous autorisez les représentants de Lilly et ses tiers fournisseurs dans le cadre du programme de soutien aux patients à recueillir, utiliser et divulguer vos renseignements personnels afin de vous offrir les services suivants :

- Donner de l'information sur le produit et la maladie.
- Communiquer les données nouvelles sur le produit et la maladie.
- Fournir des services pour favoriser l'observance et le suivi.
- Demander un remboursement du coût, en tout ou en partie, de votre traitement par Olumiant^{MD}, tout en sachant que le remboursement n'est pas garanti. Il est possible qu'ils communiquent avec votre médecin professionnel de la santé afin d'obtenir des renseignements supplémentaires, au besoin, qui serviront à remplir votre demande de remboursement.
- Consulter votre dossier médical afin de vous offrir les services du programme.
- Utiliser vos renseignements anonymisés afin d'administrer le programme et d'en surveiller le déroulement, 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 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 avec le programme;
- vous fournir des renseignements mis à jour sur Olumiant^{MD} et le programme.

En vous inscrivant au programme et en fournissant votre adresse courriel 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 ou message texte afin d'établir votre admissibilité au programme et de vous offrir les services du programme. Vous pourriez recevoir des courriels 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. Vous reconnaissez que les courriels et les messages textes ne sont pas des moyens de communication sécurisés. L'information contenue dans un courriel ou un message texte pourrait être consultée et lue par un tiers.

Vous n'êtes pas obligé(e) de participer au programme pour vous procurer Olumiant^{MD}. Lilly se réserve le droit d'apporter des changements ou de mettre fin à ce programme en tout temps et n'est nullement tenue de vous fournir de l'assistance en ce moment et à l'avenir.

RETRAIT DE VOTRE CONSENTEMENT ET ACCÈS À VOS RENSEIGNEMENTS

Vous pouvez annuler cette autorisation générale et vous retirer du programme en composant le 1 877 219-8908. Dans ce cas, votre retrait et la révocation de votre consentement ne sont pas rétroactifs et ne seront en vigueur en ce qui concerne le traitement de vos renseignements personnels par Lilly qu'après votre retrait du programme. Par souci de clarté, vous ne pouvez pas retirer votre consentement à l'utilisation de vos renseignements personnels, telle ue décrite dans la présente section, et continuer de participer au programme, car votre consentement est nécessaire à l'administration du programme. Vos renseignements personnels seront supprimés et/ou conservés conformément à la législation, à la réglementation et aux directives applicables et en accord avec l'énoncé de confidentialité de Lilly.

Vous pouvez également consulter ou corriger vos renseignements personnels détenus par Lilly et ses représentants en communiquant avec le responsable de la protection de la vie privée de Lilly à Eli Lilly Canada Inc., 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 de Lilly et de son tiers fournisseur communiquent avec moi au sujet du patient, d'Olumiant^{MD} et du programme. Je consens à ce que mes renseignements posologiques 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.