Pr ILUMYA® tildrakizumab Injection 100 mg/mL

Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®

Coordonnées du PSP
Téléphone : 1 844 561-1259
Télécopieur : 1 833 734-0617
Courriel : info@sunpharmapsp.ca

Formulaire d'inscription et formulaire de consentement

Veuillez remplir le formulaire d'inscription et l'envoyer par télécopieur au numéro **1 833 734-0617** ou par courriel à l'adresse **info@sunpharmapsp.ca.**

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom | Nom de famille

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | Nom du tuteur légal (le cas échéant)

Sexe ☐ homme ☐ femme | Langue ☐ anglais* ☐ français

Autre | Autre

Adresse

Adresse courriel

Ville | Province | Code postal

Numéro de téléphone | Autre téléphone

☐ En cochant cette case, j'accepte et autorise l'administrateur du programme à laisser un message dans la boîte vocale ou à m'envoyer un texto (des frais de messagerie standard peuvent s'appliquer) et je comprends et accepte que ce message pourrait contenir des renseignements personnels notamment sur ma santé.

Meilleur moment pour appels ☐ matin ☐ après-midi ☐ soir

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR

Prénom | Nom de famille

Numéro de permis

Adresse

Ville | Province | Code postal

Numéro de téléphone du cabinet | Numéro de télécopieur du cabinet | Numéro de cellulaire

COORDONNÉES DE LA CLINIQUE

Nom _____

Adresse courriel _____

Mode de communication privilégié
☐ courriel ☐ télécopie ☐ cellulaire ☐ téléphone du cabinet

* I prefer to use the French version of this form.

SECTION 3 : RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

INDICATION

☐ patients adultes atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère, admissibles à un traitement systémique ou à une photothérapie
☐ autre (veuillez préciser)

DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE (TB)

☐ **réalisé** **Date (JJ/MM/AAAA)** _____ / _____ / _____
☐ demande de test QuantiFERON

TRAITEMENT ANTÉRIEUR Sélectionnez toutes les cases appropriées

☐ produits topiques _____
☐ produit biologique _____
☐ acitrétine _____
☐ photothérapie _____
☐ méthotrexate _____
☐ cyclosporine _____

autre (veuillez préciser)

ÉVALUATION DU PSORIASIS (à remplir si nécessaire)

% de la surface corporelle	Score PASI	Score DLQI	
			☐ visage ☐ mains ☐ pieds ☐ zone génitale ☐ autre (veuillez préciser)

ÉTAT DE L'INJECTION

☐ le patient a reçu son injection d'ILUMYA® dans mon cabinet
☐ le patient recevra son injection d'ILUMYA® dans mon cabinet
☐ le patient n'a pas reçu son injection d'ILUMYA®; formation requise

LE PATIENT EST PRÊT, SUR LE PLAN MÉDICAL, À COMMENCER LE TRAITEMENT

☐ oui ☐ non ☐ en attente d'un résultat négatif au test de dépistage de la TB

ORDONNANCE

℞

ILUMYA® (injection de tildrakizumab)

Dispositif : ☐ Seringue préremplie ☐ Auto-Injecteur (stylo)

Dosage recommandé pour ILUMYA® 100 mg/mL :

☐ **Dose initiale :** pour injection SC semaine 0, semaine 4, puis toutes les 12 semaines par la suite

☐ **Dose d'entretien :** toutes les 12 semaines

☐ **Autre posologie – veuillez préciser :** _____

Durée de l'ordonnance : ☐ 1 an ☐ Autre: _____

SECTION 4 : CONFIRMATION DU MÉDECIN ET CONSENTEMENT DU PATIENT

MÉDECIN

Signature du prescripteur

Date
(JJ/MM/AAAA) _____

PATIENT

J'ai lu, ou on m'a lu, ce formulaire, y compris la partie « Déclaration et consentement du patient » figurant au verso. Je comprends toutes les conditions énoncées dans le présent document, y compris celles qui s'appliquent à la manière dont mes données personnelles seront recueillies, utilisées, divulguées et stockées aux fins du programme de soutien aux patients. Je confirme que j'ai eu l'occasion de poser toutes les questions que je souhaitais et que j'ai obtenu des réponses appropriées à mes questions. J'accepte les conditions d'inscription au programme de soutien aux patients. J'autorise la collecte, l'utilisation, le stockage et la divulgation de mes données personnelles comme décrit dans le présent document.

Signature du patient _____

Date (JJ/MM/AAAA) _____

Consentement du patient obtenu verbalement ☐ oui ☐ non

Remarques _____

☐ un représentant autorisé/tuteur légal peut fournir et signer ce formulaire d'inscription au nom de mon patient

Déclaration et consentement du patient

Collecte et utilisation des données personnelles

L'administrateur du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA® (tildrakizumab), les infirmières gestionnaires de dossiers de Sun Pharma Canada Inc. (les «IGDs») et, le cas échéant, toute tierce partie participant à l'administration du programme (« tierces parties ») peuvent recueillir des données personnelles vous concernant, notamment votre nom, votre date de naissance, votre adresse, votre numéro de téléphone, votre adresse courriel, votre couverture d'assurance et des données personnelles relatives à votre santé, telles que votre état de santé, votre ou vos traitement(s) et le nom de vos prestataires de soins. Ces données peuvent être recueillies soit directement auprès de vous, soit auprès de votre représentant autorisé, de votre prestataire de soins ou de votre assureur.

Vos données personnelles peuvent être utilisées et stockées par l'administrateur du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®, Sun Pharma Canada Inc. et, le cas échéant, par les tierces parties, aux fins de l'administration du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®, y compris la réalisation d'enquêtes d'évaluation de l'efficacité du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA® et à des fins de suivi et de vérification du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®. L'administrateur du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®, les IGDs et, le cas échéant, les tierces parties, peuvent divulguer vos données personnelles à certaines tierces parties participant au Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®, tels que le ou les médecin(s) prescripteur(s) des tierces parties, pharmacien(s), compagnie(s) d'assurance privée(s), payeur(s) public(s) et tout autre fournisseur de soins de santé ou payeur, dans les limites requises permettant à ces tierces parties de fournir leurs services et fonctions dans le cadre du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®. L'administrateur du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA® et, le cas échéant, les tierces parties, peuvent également divulguer vos données personnelles à Sun Pharma Canada Inc., lorsque nécessaire, si vous rencontrez des problèmes liés à un remboursement ou si une intervention du service médical de Sun Pharma Canada Inc. est requise afin d'assurer la bonne administration du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®. Sun Pharma Canada Inc. peut également recevoir des données dépersonnalisées et agrégées quant aux inscriptions au Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA® à des fins d'élaboration de rapports, mais ces renseignements ne permettront pas de vous identifier.

Vos données personnelles peuvent également être conservées, utilisées et divulguées pour se conformer aux lois applicables, notamment pour signaler à Santé Canada les effets indésirables des médicaments sur la santé. Sun Pharma Canada Inc. peut recueillir des renseignements détaillés sur tout effet indésirable sur la santé que vous pourriez subir en utilisant un produit de Sun Pharma Canada Inc. En général, ces renseignements détaillés ne dévoileront aucune information permettant de vous identifier facilement, mais ils pourront inclure des éléments d'identification (vos initiales, votre date de naissance ou votre âge, votre taille, votre poids et votre sexe) ainsi que des renseignements sur l'effet indésirable que vous avez pu subir. On pourrait également vous demander d'autoriser Sun Pharma Canada Inc. à entrer en contact avec vous ou avec votre ou vos fournisseur(s) de soins de santé, au cas où des précisions sur l'effet indésirable lié au médicament seraient nécessaires. Tout renseignement sur les effets indésirables d'un médicament fourni à Sun Pharma Canada Inc. sera conservé pendant la période exigée par la loi et pourra être communiqué à Sun Pharma Canada Inc. et aux organismes de réglementation, conformément aux exigences des lois en vigueur.

Ni l'administrateur du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®, ni aucune des tierces parties, ni Sun Pharma Canada Inc. ne vendront votre nom ou toute autre donnée personnelle, ni n'utiliseront ou ne divulgueront vos données personnelles à d'autres fins que celles pour lesquelles elles ont été recueillies, ou que celles indiquées dans le présent document, à moins que la loi ne l'exige ou ne le permette.

Contacts avec le patient

Pendant votre participation au Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®, vous serez contacté(e) par des représentants de l'administrateur du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®, et/ou les IGDs afin d'administrer les services du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®. Vous pouvez également être contacté(e) par l'une des tierces parties afin d'évaluer l'efficacité du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®, et vos coordonnées peuvent être fournies à ces tierces parties à cette fin.

Transfert et stockage des données personnelles

Toutes les données personnelles recueillies dans le cadre du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA® seront conservées conformément aux lois, règlements et directives applicables et conformément à la politique de confidentialité de Sun Pharma Canada Inc., le cas échéant. Les données personnelles recueillies sont protégées par des mesures physiques, administratives et techniques adéquates contre la perte ou le vol, ainsi que contre la consultation, la communication, la copie, l'utilisation ou l'altération non autorisées (ces mesures s'appliquent quel que soit le format dans lequel vos données sont stockées). Les données ne sont conservées sous un format permettant d'identifier les personnes concernées qu'aussi longtemps que nécessaire aux fins décrites ci-dessus.

Vos données personnelles peuvent être conservées, utilisées et transférées dans toute province ou tout pays du monde, y compris aux États-Unis. Dans ce cas, l'entité responsable de ce transfert de données obtiendra des engagements contractuels assurant que vos données personnelles seront protégées par des mesures d'un niveau de protection au moins égal à celui prévu par les lois canadiennes applicables.

De plus, advenant que Sun Pharma Canada Inc. décide pour toute raison de désigner un nouvel administrateur pour remplacer l'administrateur actuel du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®, vous consentez à ce que l'administrateur actuel du programme confie vos données personnelles au nouvel administrateur aux fins de votre participation continue au Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®. Le cas échéant, Sun Pharma Canada Inc. obtiendra des engagements contractuels assurant que vos données personnelles seront protégées par des mesures d'un niveau de protection au moins égal au niveau de protection actuel.

Retrait du programme/Correction des données

En vous inscrivant au Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®, vous acceptez les présentes conditions générales. Vous pouvez obtenir à tout moment une copie de vos données personnelles auprès de l'administrateur du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA® et de Sun Pharma Canada Inc., le cas échéant, et vous pouvez corriger toute erreur et/ou poser toute question concernant la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation de vos données personnelles en écrivant à BioScript Solutions, l'administrateur du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®, à l'adresse ou au numéro de télécopieur suivants :

1393 rue North Service est, Unité 1, Oakville, ON L6H 1A7
Téléphone : 1 844 561-1259 Télécopieur : 1 833 734-0617
Heures ouvrables du programme : 8 h à 20 h HNE du lundi au vendredi

La révocation de votre consentement mettra fin aux utilisations et divulgations ultérieures de vos données personnelles (bien que cette action n'ait pas d'effet rétroactif). Vos données personnelles étant nécessaires à l'administration du Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®, toute demande de révocation du consentement mettra également fin à votre participation au Programme de soutien aux patients SUN PHARMA pour ILUMYA®.

SUN PHARMA

© 2026 Sun Pharma, ou ses filiales ou sociétés affiliées. Tous droits réservés. ILUMYA et les logos associés sont des marques de commerce détenues par les sociétés du groupe Sun Pharma ou sont sous licence. NPM-CA-ILY-0148

Pr ILUMYA®
tildrakizumab
Injection 100 mg/mL