

1. INFORMATION SUR LE PATIENT

Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre
Nom de famille	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
Adresse	
Ville/Province/Code postal	
Numéro de téléphone	Consent à la messagerie vocale : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Courriel	Consent à l'envoi de courriels : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Période idéale pour être contacté : <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Autre _____	
Langue préférée : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre _____	
Nom d'un autre contact	
N° téléphone d'un autre contact	

3. INFORMATIONS MÉDICALES

*Diagnostic : <input type="checkbox"/> Dermatite atopique modérée à sévère		
Résultats des tests :	BSA	EASI
	IGA	DLQI
Implication d'un site : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Zones affectées _____		
Le patient a essayé deux corticostéroïdes topiques ou plus de puissance moyenne à élevée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le patient a essayé un ou plusieurs inhibiteur(s) de la calcineurine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le patient a essayé la photothérapie : <input type="checkbox"/> Oui, _____ semaines <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas accessible		
Le patient a-t-il reçu l'autorisation médicale de commencer le traitement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si Non , veuillez fournir des instructions		

2. CONSENTEMENT DU PATIENT

Je désire participer au programme de soutien MyADvantage^{MC} tel que décrit par mon médecin traitant et j'ai lu et pleinement 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 la collecte et l'utilisation de mes informations personnelles, de toute observation et de tout résultat qui sont obtenus au cours de ce programme par l'administrateur du programme et sa communication sous une forme anonymisée et agrégée à LEO Pharma à des fins éducatives, d'évaluation, d'amélioration et d'administration financière du programme, à des fins réglementaires, pour le développement de produits ou de programmes ou afin de se conformer aux lois en vigueur. 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 patiente _____

Date (JJ/MM/AA) _____

OU

Consentement verbal obtenu du patient le (JJ/MM/AA) _____

Patient ou représentant légal si le patient est âgé de moins de 18 ans.

4. INFORMATION SUR LE PRESCRIPTEUR ET CONSENTEMENT

Nom du prescripteur	Numéro de permis
Adresse du cabinets	
Ville/Province/Code postal	
Méthode de contact préférée : <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Courriel	
Coordonnées de la personne à contacter _____	
Ce formulaire constitue une prescription légale pour le patient ci-haut mentionné. J'autorise les représentants du programme de soutien MyADvantage ^{MC} (« 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 prescripteur 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.	
Signature du prescripteur _____	
Date (JJ/MM/AA) _____	
Remarques	

5. INFORMATIONS SUR LES ORDONNANCES

Type de dispositif :	<input type="checkbox"/> STYLO prérempli (DIN 02540193) Pr ADTRALZA [®] Injection de 300 mg/2 mL de tralokinumab Solution pour injection sous-cutanée	<input type="checkbox"/> SERINGUE préremplie (DIN 02521288) Pr ADTRALZA [®] Injection de 150 mg/1 mL de tralokinumab Solution pour injection sous-cutanée
Nouvelle inscription/entretien initial	<input type="checkbox"/> Dose d'attaque de 600 mg, suivie d'une dose de 300 mg toutes les 2 semaines	
Entretien	<input type="checkbox"/> 300 mg toutes les 2 semaines <input type="checkbox"/> 300 mg toutes les 4 semaines	
Durée des renouvellements:	<input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 12 mois <input type="checkbox"/> Autre _____	

6. PROGRAMME D'ACCÈS RAPIDE

Le programme d'accès rapide est un programme optionnel permettant aux patients de commencer un traitement pendant que les options de remboursement sont à l'étude. Si l'option ci-dessous n'est pas sélectionnée, le programme donnera la priorité à l'obtention du remboursement avant d'amorcer le traitement.

Je désire que mon patient commence à bénéficier d'une transition dans le cadre du programme d'accès rapide

En cochant la case ci-dessus, je reconnais que LEO Pharma se réserve le droit de modifier ou d'interrompre le programme d'accès rapide en tout temps, y compris dans les cas où le remboursement n'est pas assuré.

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 la navigation dans les options de remboursement, de favoriser le suivi du remboursement, de fournir un soutien financier, le cas échéant, et de fournir 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. La participation au programme n'est pas requise pour que vous receviez vos médicaments.

Vous confirmez que les informations contenues dans ce formulaire sont complètes et exactes 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 personnelles comme décrites ci-dessous. Vous acceptez d'être contacté par des représentants du programme pour recevoir les services du programme. Vous autorisez vos professionnels de soins de la santé et leur personnel à divulguer vos informations personnelles à l'administrateur 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 concernant l'innocuité, LEO Pharma et ses représentants conserveront vos informations à ces fins. Les données personnelles anonymisées relatives aux cas d'innocuité ne sont partagées avec les autorités sanitaires que lorsque cela est nécessaire, et les identifiants personnels sont limités à chaque étape du traitement du cas. 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 l'administrateur du programme et LEO Pharma aux fins de l'administration et du suivi du programme.

Je consens être contacté par des représentants de l'administrateur du programme et de LEO Pharma Inc. au sujet du patient, du produit, du programme et/ou de tout événement indésirable ou autre expérience concernant l'innocuité rapportés par le patient.

J'autorise LEO Pharma à consulter le statut d'inscription anonymisé et agrégé du patient MyADvantage^{MC} à des fins, mais sans s'y limiter, de ventes et de marketing.

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 mes renseignements personnels qui ont été recueillis seront partagés avec le nouvel administrateur du programme.

Informations personnelles : Collecte, utilisation et divulgation

Réservé au patient

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

- Informations personnelles (par ex. coordonnées ou preuve de citoyenneté/résidence canadienne)
- Informations financières
- Informations relatives à la couverture d'assurance (par ex. les informations nécessaires pour maintenir la couverture d'assurance)
- Les informations personnelles sur la santé et l'état de santé (par ex. les questionnaires sur les résultats des patients) (collectivement, les « informations personnelles »).

Ces informations personnelles seront recueillies, utilisées, divulguées et stockées par l'administrateur du programme afin de fournir les services et de recevoir des commentaires sur votre expérience avec le programme et les services du programme en vue de l'améliorer. Ces informations peuvent être partagées avec :

- LEO Pharma, ou ses 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 l'administrateur du programme à obtenir d'autres informations de votre médecin prescripteur et de votre compagnie d'assurance santé si 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 renseignements personnels et/ou de santé personnels.

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-ca/énoncé-de-confidentialité
- 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 à la section Innocuité des médicaments.

LEO Pharma peut utiliser vos informations anonymisées et agrégées 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.