

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Tous les champs doivent être remplis.

COORDONNÉES DU PATIENT

Nom de famille _____ Prénom _____ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____ / /

Numéro de carte d'assurance maladie _____ Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Numéro de téléphone cellulaire _____ Courriel _____ Autre personne avec qui communiquer et numéro de téléphone _____

Consentement pour laisser un message : Oui Non Consentement pour communiquer par voie électronique : Oui Non

Consentement pour parler à un parent ou tuteur légal (s'il y a lieu) : Oui Non

CONSENTEMENT DU PATIENT/TUTEUR LÉGAL

En signant ci-dessous, je déclare vouloir participer au programme comme il m'a été décrit et comme j'en ai été informé par mon médecin traitant, et j'ai lu et je comprends complètement les conditions de la déclaration de confidentialité et du consentement au dos de ce formulaire. Si je signe en apposant une signature électronique, j'accepte qu'elle ait la même force et le même effet que ma signature « à l'encre humide ».

- Consentement verbal obtenu pour le programme de soutien Liberté auprès du patient
 Consentement verbal obtenu pour communiquer avec la pharmacie

SIGNER ICI

Signature du patient _____ Signature du tuteur légal, le cas échéant _____

COORDONNÉES DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

En fournissant les informations ci-dessus, je reconnais avoir lu et compris les informations fournies dans le formulaire Déclaration de confidentialité et consentement du médecin, et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels tels qu'ils sont détaillés dans ladite déclaration.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Résultats des examens (s'ils sont disponibles) :

- EASI : _____ BSA : _____ IGA (PGA) : _____ DLQI / CDLQI / IDQOL : _____ NRS : _____ Autre(s) : _____

Zones particulières :

- Mains (paume) Visage Pieds (plante) Région génitale

Traitements antérieurs :

- Corticostéroïdes topiques de puissance modérée ou élevée :

Nom(s) : _____

- Inhibiteurs topiques de la calcineurine :

Nom(s) : _____

- Photothérapie

Contre-indication/intolérance. Raison :

Autres renseignements importants relatifs aux médicaments :

ORDONNANCE

Injections sous-cutanées de DUPIXENT® (dupilumab injectable)

- Ordonnance à joindre séparément; remplissez sinon la partie ci-dessous :



Appareil : Seringue préremplie Stylo injecteur prérempli*

* Les stylos injecteurs préremplis DUPIXENT® sont uniquement destinés aux adultes et aux patients pédiatriques âgés de 2 ans et plus.

Adulte (18 ans et plus)	Enfant/adolescent (6 à 17 ans)	Jeune enfant (6 mois à 5 ans)
<input type="checkbox"/> Tous les adultes : Dose initiale de 600 mg, suivie de la dose de 300 mg (entretien) <u>toutes les 2 semaines</u>	<input type="checkbox"/> Poids corporel ≥ 60 kg : Dose initiale de 600 mg, suivie de la dose de 300 mg (entretien) <u>toutes les 2 semaines</u> <input type="checkbox"/> Poids corporel de 30 à < 60 kg : Dose initiale de 400 mg, suivie de la dose de 200 mg (entretien) <u>toutes les 2 semaines</u> <input type="checkbox"/> Poids corporel de 15 à < 30 kg : Dose initiale de 600 mg, suivie de la dose de 300 mg (entretien) <u>toutes les 4 semaines</u>	<input type="checkbox"/> Poids corporel de 5 à < 15 kg : Dose initiale de 200 mg, suivie de la dose de 200 mg (entretien) <u>toutes les 4 semaines</u> <input type="checkbox"/> Poids corporel de 15 à < 30 kg : Dose initiale de 300 mg, suivie de la dose de 300 mg (entretien) <u>toutes les 4 semaines</u>

Renouvellements de la dose d'entretien (1 boîte = 2 seringues) : _____

J'autorise le programme de soutien aux patients Liberté (« Liberté ») à agir comme mon représentant désigné pour transmettre cette ordonnance par télécopieur ou autrement à la pharmacie choisie par le patient susmentionné. Cette ordonnance représente la prescription d'origine du médicament pour le patient. Toute ordonnance antérieure de DUPIXENT® pour ce patient est annulée, a été archivée de façon sécuritaire et ne sera pas transmise.

Je confirme que ce patient est candidat au traitement par injections de DUPIXENT®, conformément à la monographie de produit et à toutes contre-indications, mises en garde et précautions qui y figurent. Si je signe en apposant une signature électronique, j'accepte qu'elle ait la même force et le même effet que ma signature « à l'encre humide ».

SIGNER ICI

Signature du médecin _____ Numéro de permis d'exercice _____ Date (AAAA/MM/JJ) _____ / /

Directives particulières : _____

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ À L'ATTENTION DU MÉDECIN :

Les renseignements personnels que vous fournissez dans la section « Renseignements sur le médecin » sont recueillis, utilisés et transférés par le Fournisseur de services (tel que défini ci-dessous) pour permettre au programme de soutien Liberté (« Liberté » ou le « Programme ») de traiter l'inscription de vos patients au programme, d'atteindre ses Objectifs (tels que définis ci-dessous) et d'améliorer la qualité du Programme. En plus du Fournisseur de services, vos renseignements personnels pourraient être fournis à sanofi-aventis Canada Inc. (« Sanofi Canada »), à ses sociétés affiliées ou à fournisseurs à des fins légitimes, y compris pour compiler des données statistiques sur le Programme et assurer une amélioration continue du Programme.

Si vous fournissez des renseignements relatifs à une expérience indésirable liée à un produit de Sanofi Canada vécue par un patient, l'équipe du Programme pourrait utiliser les renseignements que vous avez fournis pour soumettre des rapports à Santé Canada et à d'autres autorités réglementaires. Il est possible que l'équipe du Programme communique avec vous pour obtenir plus de renseignements. Afin de se conformer à la loi, l'équipe du Programme peut ne pas être autorisée à répondre à votre demande de modification ou de suppression de vos

renseignements personnels. Le processus de signalement d'expériences indésirables peut être géré par Sanofi Canada, ses sociétés affiliées ou des fournisseurs de services tiers. La base de données est seulement accessible aux employés, aux représentants et aux fournisseurs de services qui ont besoin de connaître les renseignements pour s'acquitter de leurs obligations.

La collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels peuvent entraîner un transfert de ces renseignements personnels vers des juridictions autres que celle dans laquelle vous pratiquez qui peuvent ne pas disposer de lois équivalentes concernant les Renseignements personnels. Malgré ce transfert, vos renseignements personnels seront protégés par des mesures de sécurité techniques et administratives appropriées.

Si vous avez des questions, commentaires ou préoccupations concernant les pratiques en matière de protection des renseignements personnels, veuillez communiquer avec l'agent de protection des renseignements personnels du Programme de soutien Liberté au 1-844-216-1181 ou par courriel à info@freedomsp.ca.

Ce formulaire d'autorisation est valide tant que vos patients recevront les services du Programme.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ À L'ATTENTION DU PATIENT :

Le Programme offre un soutien complet et personnalisé pour vous aider dans votre traitement par DUPIXENT®. Un tel soutien est offert par le biais d'un programme combiné pour les patients (PCP) conçu pour soutenir les patients à qui l'on a prescrit un produit commercialisé par Sanofi, par le biais de la fourniture combinée d'un soutien pour le produit et la maladie et d'une aide financière, en fonction de l'admissibilité. Le Programme offre un programme d'aide aux patients (PAP) par le biais d'une assistance, en fonction de l'admissibilité, en vue d'un remboursement et d'une aide financière et un programme de soutien aux patients (PSP) par le biais d'informations, de formation et de soutien au traitement pour les patients à qui l'on a prescrit DUPIXENT®. Vous pouvez choisir de participer à l'un ou à tous les services offerts dans le cadre du Programme à tout moment.

Sanofi Canada se réserve le droit de modifier ou d'interrompre le Programme à tout moment et pour quelque raison que ce soit, moyennant un préavis.

Le Programme est un programme de Sanofi Canada administré par un fournisseur de services tiers, sélectionné occasionnellement par Sanofi Canada (« Fournisseur de services »). Je consens au transfert de mes renseignements personnels à tout futur Fournisseur de services administrant le Programme.

Certains de vos renseignements personnels seront recueillis afin d'obtenir les services de soutien offerts par le Programme. De manière générale, par renseignements personnels, nous entendons toute information qui permettrait de vous identifier, directement ou indirectement. Les renseignements personnels recueillis et utilisés peuvent inclure votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone ou d'autres coordonnées. Des renseignements personnels sensibles, tels que des renseignements médicaux et renseignements financiers ou des renseignements relatifs à l'utilisation des services, peuvent également être recueillis. Des renseignements personnels pourraient être recueillis auprès de vous, de vos soignants, de votre médecin ou d'autres professionnels de la santé impliqués dans vos soins, ainsi qu'auprès de vos assureurs. Sanofi Canada, ses sociétés affiliées et ses représentants peuvent recueillir vos renseignements personnels pour de nombreuses raisons, y compris pour répondre aux exigences et obligations légales détaillées ci-dessous. Sanofi Canada accédera uniquement à une version anonymisée de vos renseignements personnels, sauf en cas d'intérêt légitime, comme la correction d'anomalies, la révision de la gouvernance des données ou la reprise après sinistre.

Le Fournisseur de services, qui est susceptible de changer pendant le Programme et ce, à la discrétion de Sanofi Canada, pourrait recueillir, utiliser et divulguer vos renseignements personnels pour permettre votre inscription au Programme et pour vous fournir les services offerts par le Programme. Vos renseignements personnels peuvent être utilisés aux fins suivantes :

- traiter votre inscription au Programme et l'administration du traitement;
 - assurer la livraison de produits et de services;
 - déterminer la couverture d'assurance, traiter les demandes de remboursement et vérifier l'admissibilité à l'aide financière;
 - communiquer avec vos professionnels de la santé pour leur fournir des informations sur votre médicament et votre participation au Programme;
 - vous fournir le matériel lié à votre traitement ou au Programme et vous rappeler de prendre votre médicament;
 - effectuer des rapports, surveiller et évaluer le Programme;
 - développer, gérer, exploiter et réparer l'infrastructure informatique soutenant le Programme (par le biais de représentants chargés de ces activités);
 - prendre en charge les applications mobiles pour les patients sous DUPIXENT®;
 - vous informer des changements dans le Programme et recueillir vos commentaires;
 - assurer la surveillance, le signalement et les audits et répondre aux questions afin d'assurer la sécurité et pour répondre aux exigences réglementaires.
- (collectivement, les « Objectifs »).

Lors de l'utilisation de vos renseignements personnels dans le cadre de ces Objectifs, vos renseignements personnels pourraient être divulgués, au besoin, à votre médecin, à votre assureur, à des organismes gouvernementaux, à d'autres professionnels de la santé impliqués dans vos soins et à d'autres fournisseurs de services tiers contractuels chargés de fournir des services en lien avec ces Objectifs.

Sanofi Canada et ses sociétés affiliées accéderaient uniquement à une version anonymisée de vos renseignements personnels, sauf en cas d'intérêt légitime, comme la correction d'anomalies, la révision de la gouvernance des données, la reprise après sinistre ou afin de se conformer à ses obligations légales et réglementaires. Le Fournisseur de services recueillera, consultera et transférera vos renseignements personnels lors de l'administration du programme. Sanofi Canada peut accéder directement à vos renseignements personnels, par exemple, pour les transférer à un nouveau Fournisseur de services, pour effectuer des audits du Programme, pour évaluer et améliorer la performance du Programme, pour enquêter sur une plainte, pour développer ou maintenir l'infrastructure informatique hébergeant vos renseignements personnels ou à des fins de signalement conforme aux obligations réglementaires. Sanofi Canada recueillera et traitera également vos renseignements personnels lorsque vous la contactez directement avec des questions ou des préoccupations. Dans de tels cas, Sanofi Canada traitera vos

renseignements personnels comme indiqué dans la Politique de confidentialité sur le site Web de Sanofi Canada. De plus, vos renseignements personnels agrégés et anonymisés seront partagés avec Sanofi Canada pour évaluer ou améliorer le Programme, nos produits, services, matériaux et applications mobiles. Plus particulièrement, les données statistiques liées au Programme, y compris toute application mobile pour les patients sous DUPIXENT®, seront agrégées et anonymisées, puis communiquées à Sanofi Canada, à des professionnels de la santé et à d'autres tierces parties. Sanofi Canada peut distribuer et publier ces données statistiques de quelque façon que ce soit.

Le dossier contenant vos renseignements personnels sera mis à la disposition des employés, des sociétés affiliées, des sous-traitants ou des représentants habilités du Fournisseur de services qui doivent accéder aux Renseignements pour les besoins cités ou pour se conformer aux exigences légales. Les renseignements personnels seront principalement conservés dans une base de données électronique sécurisée au Canada, conformément aux lois applicables en matière de protection des données. Vos renseignements personnels seront conservés aussi longtemps que nécessaire pour atteindre les Objectifs ou répondre aux exigences légales.

Si vous fournissez des renseignements au sujet d'un effet indésirable éprouvé pendant l'utilisation de tout produit de Sanofi Canada, l'équipe du Programme pourrait utiliser ces renseignements pour soumettre des rapports à Santé Canada et à d'autres organismes de réglementation. Le Programme peut être tenu de communiquer avec vous et votre professionnel de la santé pour obtenir plus de détails sur l'expérience indésirable. Afin de se conformer à la loi, l'équipe du Programme peut ne pas être autorisée à répondre à votre demande de modification ou de suppression des renseignements personnels. Le processus des expériences indésirables peut être géré par Sanofi Canada, ses sociétés affiliées ou des fournisseurs de services tiers. Dans ce cas, le Programme peut partager vos renseignements personnels avec le service de pharmacovigilance de Sanofi Canada, ses sociétés affiliées ou des fournisseurs de services tiers afin de permettre à Sanofi de se conformer à ses obligations légales. La base de données est seulement accessible aux employés, aux représentants et aux fournisseurs de services habilités qui ont besoin de connaître les renseignements pour s'acquitter de leurs obligations.

La collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels peuvent entraîner un transfert vers des juridictions autres que la vôtre qui peuvent ne pas disposer de lois équivalentes concernant les Renseignements personnels. Pour assurer un niveau adéquat de protection de vos renseignements personnels, ces transferts sont protégés par les exigences applicables en matière de protection des données.

Sanofi Canada se réserve le droit de transférer vos renseignements personnels dans le contexte de la vente ou de la cession de tout ou partie de ses activités, actifs ou droits y afférents, ou en cas de modification de son infrastructure informatique ou de remplacement d'un fournisseur de services tiers. Dans l'éventualité d'une telle vente ou d'une telle cession, nous demanderons au cessionnaire d'utiliser et de divulguer vos renseignements personnels d'une manière conforme aux Objectifs.

Vous acceptez que le personnel du programme communique avec vous par téléphone, texto ou courriel et qu'il y ait échange de renseignements personnels par téléphone, télécopieur ou courriel entre le programme, votre assureur et votre ou vos professionnels de la santé afin de déterminer votre admissibilité au programme et d'offrir les services liés au programme.

Des courriels et des textos peuvent être utilisés pendant votre participation au Programme pour vous informer de votre statut dans le Programme et des services de ce dernier, ainsi que pour vous fournir des notifications et des rappels et pour recueillir vos commentaires sur le Programme. Vous reconnaissez que ni les courriels ni les textos ne sont des moyens de communication sécurisés. Les informations contenues dans les courriels et les textos peuvent être consultées et lues par une tierce partie. Les communications électroniques relèvent de votre choix et vous pouvez retirer l'option de communication électronique à tout moment.

Selon votre lieu de résidence, vous disposez de certains droits concernant vos renseignements personnels, notamment l'accès et la rectification. Vous avez également le droit de retirer votre consentement à l'utilisation de vos renseignements personnels, sous réserve des exigences légales et réglementaires. Pour exercer ce droit ou si vous avez des questions, commentaires ou préoccupations, veuillez communiquer avec l'agent de protection des renseignements personnels du Programme de soutien Liberté au 1-844-216-1181 ou par courriel à info@freedomsp.ca.

La participation à ce programme est complètement volontaire, et vous pouvez mettre fin à votre participation en tout temps sans devoir fournir de raison en communiquant avec le programme. En retirant votre consentement au traitement de vos renseignements personnels, vous ne pourrez plus participer au Programme. Une fois votre participation annulée, vos renseignements personnels seront conservés aussi longtemps que la loi l'exige. Cependant, tout renseignement personnel déjà fourni au moment de votre annulation pourrait être agrégé et anonymisé, comme décrit dans le présent document.

Ce formulaire d'autorisation est valide tant et aussi longtemps que vous recevrez les services du Programme et pour une période raisonnable par la suite.

Référence : 1. Monographie de DUPIXENT®, sanofi-aventis Canada inc., 18 novembre 2024.