

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Tous les champs doivent être remplis.

Nom de famille / /		Prénom		Prénom utilisé	
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Numéro d'assurance maladie	Adresse	Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone cellulaire		Courriel	S'il y a lieu, autre personne avec qui communiquer et numéro de téléphone		

CONSENTEMENT DU PATIENT/TUTEUR LÉGAL

En signant ci-dessous, j'indique que je souhaite participer au programme qui m'a été décrit et expliqué par mon médecin traitant; je certifie avoir lu la déclaration de confidentialité du patient (voir au verso), et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels, conformément aux modalités qui y sont énoncées.

☐ Consentement verbal obtenu auprès du patient concernant le programme de soutien aux patients Liberté

Laisser un message : ☐ Oui ☐ Non

Communiquer par voie électronique : ☐ Oui ☐ Non

Parler à un parent/tuteur légal (s'il y a lieu) : ☐ Oui ☐ Non

☐ Consentement verbal obtenu auprès du patient pour communiquer avec la pharmacie

SIGNEZ ICI

Signature du patient

Signature du tuteur légal, le cas échéant

COORDONNÉES DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin : _____

Adresse: _____

N° de téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

En fournissant les renseignements ci-dessus, je certifie avoir lu et compris l'information contenue dans la déclaration de confidentialité du médecin, et consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels, conformément aux modalités qui y sont énoncées.

J'autorise le programme de soutien aux patients Liberté (« Liberté ») à agir comme mon représentant désigné pour transmettre l'ordonnance (rédigée dans ce formulaire ou ci-jointe) par télécopieur ou autrement à la pharmacie choisie par le patient susmentionné.

SIGNEZ ICI

Signature du médecin

Numéro de permis d'exercice

Date (AAAA/MM/JJ)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Par la présente, je confirme que le patient :

- est âgé de 12 ans et plus
- a reçu un diagnostic confirmé d'UCS modérée à sévère
- a un score d'activité de l'urticaire sur 7 jours ≥ 16 ; score d'activité de l'urticaire sur 7 jours : ____ (veuillez inclure le score s'il est disponible)

ET

- ☐ est demeuré symptomatique même sous traitement par un antihistaminique H1
- ☐ n'a pas pu maintenir une maîtrise adéquate de la maladie avec un traitement par l'omalizumab

Autre(s) médicament(s) et information(s) pertinente(s) :

ORDONNANCE

DUPIXENT[®] (dupilumab injectable) en injections sous-cutanées

☐ Ordonnance jointe séparément, ou remplir ce qui suit :

Seuls les patients qui se sont fait prescrire DUPIXENT[®] pour l'une des indications autorisées par Santé Canada seront admissibles au Programme de soutien Liberté.



Dispositif : ☐ Seringue préremplie ☐ Stylo injecteur prérempli

Adolescents (de 12 à 17 ans)

Poids corporel ≥ 60 kg :

☐ 600 mg (dose initiale) + 300 mg toutes les 2 semaines (entretien)

Poids corporel de 30 à < 60 kg :

☐ 400 mg (dose initiale) + 200 mg toutes les 2 semaines (entretien)

Renouvellements : ☐ 6 mois ☐ 12 mois ou ☐ ____ mois

Adultes (de 18 ans et plus)

☐ 600 mg (dose initiale) + 300 mg toutes les 2 semaines (entretien)

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.

Directives particulières

DECLARATION DE CONFIDENTIALITE A L'ATTENTION DU MEDECIN

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 exiger leur transfert dans des entités territoriales où les lois en matière de gestion des renseignements personnels diffèrent de celles en vigueur dans l'entité territoriale où vous exercez. 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 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.

DECLARATION DE CONFIDENTIALITE A 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 accèdera 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 accèderont 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 exiger leur transfert dans des entités territoriales où les lois en matière de gestion des renseignements personnels diffèrent de celles en vigueur dans l'entité territoriale où vous exercez. 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 ses activités, actifs ou droits y afférents, en tout ou partie, 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 pourrez 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 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.