



■ À remplir par le patient (ou son tuteur légal)

■ À remplir par le médecin prescripteur

Envoyer le formulaire rempli

par télécopieur : 1 888 388-8861 ou par courriel : support@galdermagps.ca

## Information sur le patient

|                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |                                                                                         |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Nom                                                                                                                                                                        |                                                                                                                | Prénom                                                                                  |             |
| Date de naissance (aaaa/mm/jj)                                                                                                                                             | Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme<br><input type="checkbox"/> Autre : _____ |                                                                                         |             |
| Numéro d'assurance maladie                                                                                                                                                 |                                                                                                                |                                                                                         |             |
| Adresse                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                         |             |
| Ville                                                                                                                                                                      |                                                                                                                | Province                                                                                | Code postal |
| Méthode de communication préférée du patient/tuteur légal :<br><input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Message texte <input type="checkbox"/> Courriel |                                                                                                                |                                                                                         |             |
| Numéro de téléphone mobile                                                                                                                                                 | Autre numéro de téléphone                                                                                      | Laisser des messages :<br><input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N         |             |
| Adresse courriel                                                                                                                                                           |                                                                                                                | Langue préférée :<br><input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais |             |

## Directives et consentement du patient

Par la présente, j'accepte de m'inscrire au programme de soutien aux patients Galderma (le « Programme »). Je demande par la présente que l'administrateur du Programme fournisse mon ordonnance à la pharmacie que j'ai désignée, et je désigne l'administrateur du Programme comme agent ou mandataire pour accomplir les actes nécessaires à l'exécution de mon ordonnance par la pharmacie que j'ai désignée.

Je comprends et j'accepte le traitement de mes renseignements personnels tel qu'il est décrit dans le consentement à la protection de la vie privée au verso du présent formulaire d'inscription et dans l'énoncé sur la protection des renseignements personnels de Galderma, accessible à l'adresse [www.galderma.com/your-data/privacy-notice-canada-EN](http://www.galderma.com/your-data/privacy-notice-canada-EN).

☐ Je consens à recevoir des communications électroniques (par exemple, des courriels et des messages textes) de la part de l'administrateur du Programme et du personnel du Programme dans le but de déterminer mon admissibilité à participer au Programme et de mener des activités liées au Programme, y compris la fourniture de services du Programme et ses mises à jour. Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment en suivant les instructions figurant dans la communication électronique ou en joignant l'administrateur du Programme au 1 833 338-0524 ou par courriel à l'adresse support@galdermagps.ca.

|                                                                              |                   |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Signature du patient ou du tuteur légal                                      | Date (aaaa/mm/jj) |
| Nom du patient (ou de son tuteur légal)                                      |                   |
| Lien entre le tuteur légal et le patient                                     |                   |
| <input type="checkbox"/> Le patient a donné son consentement verbal          |                   |
| Nom du professionnel de la santé qui a obtenu le consentement verbal : _____ |                   |

|                                                      |           |
|------------------------------------------------------|-----------|
| Date d'obtention du consentement verbal (aaaa/mm/jj) | Signature |
|------------------------------------------------------|-----------|

## Coordonnées du médecin prescripteur

|                                |          |                                                               |
|--------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------|
| Nom                            |          |                                                               |
| Adresse                        |          |                                                               |
| Ville                          | Province | Code postal                                                   |
| Numéro de téléphone du cabinet |          | Numéro de télécopieur du cabinet                              |
| Adresse courriel               |          | Personne-ressource clinique (s'il ne s'agit pas d'un médecin) |

## Renseignements médicaux

(Veuillez remplir les champs nécessaires à la demande de remboursement)

|                                                                  |                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PN modéré à grave                       | <input type="checkbox"/> DA modérée à grave                                                |
| Scores d'évaluation :<br>PP-NRS : _____ DLQI : _____ EGI : _____ | Scores d'évaluation :<br>EGI : _____ EASI : _____ SCA (%) : _____                          |
| Nombre de lésions nodulaires : <input type="checkbox"/> ≥ 20     | PP-NRS : _____ DLQI/cDLQI : _____                                                          |
| Durée du PN : <input type="checkbox"/> ≥ 6 semaines              | Atteinte d'un site particulier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

## Antécédents de traitement de la DA / du PN

|                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CST (puissance moyenne à très élevée) : _____<br><input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Réponse inadéquate <input type="checkbox"/> Contre-indication |
| <input type="checkbox"/> ICT : _____<br><input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Réponse inadéquate <input type="checkbox"/> Contre-indication                                   |
| <input type="checkbox"/> Cyclosporine <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Réponse inadéquate <input type="checkbox"/> Contre-indication                                     |
| <input type="checkbox"/> Méthotrexate <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Réponse inadéquate <input type="checkbox"/> Contre-indication                                     |
| <input type="checkbox"/> Mycophénolate mofétil <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Réponse inadéquate <input type="checkbox"/> Contre-indication                            |
| <input type="checkbox"/> Azathioprine <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Réponse inadéquate <input type="checkbox"/> Contre-indication                                     |
| <input type="checkbox"/> Agent(s) biologique(s) : _____<br><input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Réponse inadéquate <input type="checkbox"/> Contre-indication                |
| <input type="checkbox"/> Inhibiteur(s) de JAK : _____<br><input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Réponse inadéquate <input type="checkbox"/> Contre-indication                  |
| <input type="checkbox"/> Photothérapie <input type="checkbox"/> Oui : _____ fois par semaine pendant _____ semaines <input type="checkbox"/> Inaccessible                                             |

Remarques :

## Ordonnance : Némolizumab pour injection s. c., stylo prérempli, 30 mg

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prurigo nodulaire (PN)</b>                                                                                                                                                                                 | <b>Dermatite atopique (DA)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Dose d'attaque : 60 mg à la semaine 0, ensuite :<br><input type="checkbox"/> < 90 kg : 30 mg toutes les 4 semaines<br><input type="checkbox"/> ≥ 90 kg : 60 mg toutes les 4 semaines | <input type="checkbox"/> Dose d'attaque : 60 mg à la semaine 0, ensuite :<br><input type="checkbox"/> 30 mg toutes les 4 semaines<br><input type="checkbox"/> 30 mg toutes les 8 semaines (semaines 16 et suivantes)<br>NEMLUVIO est administré toutes les 4 semaines. Chez les patients qui ont obtenu une réponse clinique après 16 semaines, la dose d'entretien recommandée est de 30 mg toutes les 8 semaines. |
| Durée pour les renouvellements : _____ mois                                                                                                                                                                   | Durée pour les renouvellements : _____ mois                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Commencer le traitement CST/ICT par némolizumab<br>Préciser : _____                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

☐ Le patient est médicalement autorisé à commencer le traitement

Renseignements supplémentaires / timbre :

Pharmacie désignée : ☐ Pharmacie de l'administrateur du Programme  
☐ Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

La formation sur l'injection est organisée par le Programme et est offerte à tous les patients.

## Reconnaissance du médecin et ordonnance

Cette ordonnance représente l'original de la commande de médicaments d'ordonnance. J'autorise l'administrateur du Programme à transmettre cette ordonnance par télécopieur ou électroniquement à la pharmacie choisie par le patient et mentionnée ci-dessus.

Je consens à ce que Galderma Canada Inc. et l'administrateur du Programme recueillent, utilisent et transmettent les renseignements relatifs à mon ordonnance, y compris mon nom et mes titres de compétence professionnels, dans le but d'améliorer et de vérifier leurs programmes, y compris à des fins d'études de marché et d'analyses. Je reconnais que je peux retirer mon consentement à tout moment en communiquant avec l'administrateur du Programme. Je comprends que l'énoncé sur la protection des renseignements personnels de Galderma, accessible à l'adresse [www.galderma.com/your-data/privacy-notice-canada-EN](http://www.galderma.com/your-data/privacy-notice-canada-EN), fournit de plus amples renseignements sur la manière dont mes renseignements sont traités, ainsi que sur mes droits et mes choix en matière de protection de la vie privée.

En fournissant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir, par voie électronique, des renseignements et des mises à jour relatifs à l'inscription de mon patient au Programme de soutien aux patients de NEMLUVIO®. Ces communications seront fournies par un tiers fournisseur de programmes de soutien aux patients et ses sociétés affiliées (l'« Administrateur du Programme ») agissant au nom de Galderma Canada Inc.

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| Signature du médecin |                   |
| N° de permis         | Date (aaaa/mm/jj) |



Envoyer le formulaire rempli

📠 par télécopieur : 1 888 388-8861 ou ✉ par courriel : support@galdermagps.ca

## Consentement du patient et énoncé sur la protection des renseignements personnels

Un tiers fournisseur de programmes de soutien aux patients et ses sociétés affiliées (l'« Administrateur du Programme ») traiteront vos renseignements personnels (« RP ») au nom de Galderma Canada Inc. (« Galderma ») (« nous », « notre », « nos »).

**Types de renseignements personnels.** Vos RP comprennent vos coordonnées et vos renseignements généraux (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance/âge, sexe, etc.), vos renseignements financiers (concernant toute demande faite dans le cadre de ce Programme) et vos renseignements de santé (antécédents médicaux, trouble[s] de santé, et renseignements relatifs à votre traitement et à votre couverture d'assurance maladie). Ils peuvent également comprendre tout autre RP que vous choisissez de nous fournir.

**Objectifs.** Nous traitons vos RP afin de gérer et d'améliorer le Programme et ses services. Cela comprend (1) la communication avec vous, (2) le suivi des plaintes relatives aux produits, la déclaration des effets indésirables et le respect des obligations légales, (3) le soutien des professionnels de la santé, (4) la collaboration avec les administrateurs de régimes d'assurance-médicaments, les gestionnaires et les compagnies d'assurance afin d'obtenir le remboursement de votre prescription, (5) la notification de votre couverture d'assurance à vos professionnels de la santé, et (6) le conseil. Nous pouvons également regrouper, dépersonnaliser, combiner et/ou rendre anonymes vos RP, ainsi que les RP d'autres patients, à des fins d'établissement de rapports et d'analyse de données, que nous utilisons pour surveiller le Programme, et mieux comprendre et améliorer le Programme et les services, y compris pour mener des recherches visant à améliorer les services et les résultats des soins de santé, et pour générer des rapports qui peuvent être transmis à Galderma.

**Transmission et transferts.** Pour atteindre ces objectifs, vos RP peuvent être obtenus auprès de l'Administrateur du Programme, de Galderma et de tiers, y compris des assureurs, des professionnels de la santé, des organismes de réglementation et des administrateurs de régimes d'assurance-médicaments, ou être transmis à ces derniers. Si Galderma nomme un nouvel Administrateur du Programme, vos RP peuvent être transférés à cet Administrateur du Programme afin d'assurer la continuité des services du Programme. Vos RP peuvent être transférés, stockés ou traités autrement en dehors de votre territoire et pourraient être assujettis aux lois de ce territoire.

**Renseignements supplémentaires.** Pour obtenir de plus amples renseignements sur la manière dont vos RP sont traités et protégés, ainsi que sur vos droits et vos choix en matière de protection de la vie privée, vous pouvez consulter l'énoncé sur la protection des renseignements personnels de Galderma, accessible à l'adresse [www.galderma.com/your-data/privacy-notice-canada-EN](http://www.galderma.com/your-data/privacy-notice-canada-EN). Si vous souhaitez poser des questions ou si vous avez d'autres préoccupations concernant les pratiques en matière de protection de la vie privée, vous pouvez contacter l'Administrateur du Programme par écrit à l'adresse [support@galdermagps.ca](mailto:support@galdermagps.ca)

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la monographie de produit NEMLUVIO.