

## Toutes les parties DOIVENT être dûment remplies

### Renseignements sur le patient (veuillez écrire en lettres moulées)

Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

N° de permis \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Personne-ressource du bureau \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Téléphone à privilégier:  Domicile  Travail  Cellulaire

Meilleur moment pour appeler:  Matin  Après-midi  Soir

Courriel  Je consens à recevoir des courriels concernant le Programme.

Mode de communication à privilégier:  Téléphone  Courriel

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Langue de préférence:  Anglais  Français

Je consens à ce que l'on communique avec moi aux fins d'études de marché et d'autres types d'étude.

### Médecin traitant (veuillez écrire en lettres moulées ou estamper)

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

N° de permis \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Personne-ressource du bureau \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Mode de communication à privilégier:  Téléphone  Courriel

Courriel \_\_\_\_\_  Je consens à recevoir des courriels concernant le Programme.

### Renseignements sur l'ordonnance

**COSENTYX<sup>MD</sup> (sécukinumab) pour injection par voie sous-cutanée**

**Diagnostic:**  Rhumatisme psoriasique  Spondylarthrite ankylosante

**Format de COSENTYX<sup>MD</sup>:**

Stylo SensoReady<sup>MD</sup>  Seringue préremplie

**Posologie pour le rhumatisme psoriasique**

150 mg, administré par voie sous-cutanée

300 mg, administré par voie sous-cutanée

150 mg, administré par voie sous-cutanée

300 mg, administré par voie sous-cutanée

En cas de psoriasis en plaques modéré à sévère concomitant

Pour tout patient qui n'a pas répondu de manière satisfaisante à un traitement par un anti-TNF $\alpha$  et dont le rhumatisme psoriasique a continué à évoluer malgré la prise d'un tel traitement

Durée du traitement (mois): \_\_\_\_\_

COSENTYX<sup>MD</sup> est administré aux semaines 0, 1, 2 et 3, puis une fois par mois à partir de la semaine 4.

**Posologie pour la spondylarthrite ankylosante**

150 mg, administré par voie sous-cutanée

Durée du traitement (mois): \_\_\_\_\_

COSENTYX<sup>MD</sup> est administré aux semaines 0, 1, 2 et 3, puis une fois par mois à partir de la semaine 4.

### Dépistage de la tuberculose (TB)

**Dépistage de la TB<sup>†</sup>:**

Non requis  Requis

Souhaitez-vous que le Programme fixe un rendez-vous de dépistage de la TB en votre nom?  Oui  Non

**Radiographie pulmonaire<sup>†</sup>:**

Non requis  Requis

### Directives du prescripteur

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Par la présente, je confirme la prescription de COSENTYX<sup>MD</sup> et permets l'amorce du traitement par COSENTYX<sup>MD</sup> dès maintenant.**

Oui  Non Si non, veuillez en préciser la raison (p. ex., en attente de résultats d'exams): \_\_\_\_\_

### Déclaration du médecin

Le programme XPOSE<sup>MD</sup> (le « programme ») est commandité par Novartis Pharma Canada inc. (« Novartis ») et est actuellement géré par Innomar Strategies Inc. (l'« administrateur du programme »), une tierce partie indépendante embauchée par Novartis pour administrer le programme. Le programme offre des services en lien avec COSENTYX<sup>MD</sup> (« médicament de Novartis ») et la ou les maladies qu'il sert à traiter. Novartis se réserve le droit de modifier ou de mettre fin au programme en tout temps et sans préavis.

Je confirme par la présente être le fournisseur de soins de santé du patient identifié sur le présent formulaire d'inscription et de consentement. Je confirme également que mon patient s'est vu prescrire COSENTYX<sup>MD</sup> pour une indication approuvée conforme à la monographie du produit et tel qu'indiqué sur le présent formulaire. J'accepte de fournir aux patients des renseignements d'ordre général sur le programme avant leur inscription et je ne fournirai de renseignements sur les patients que dans le cadre du programme, s'il y a lieu, avec le consentement explicite du patient.

Je comprends que les renseignements que je fournis à l'administrateur du programme, y compris les renseignements inscrits sur le présent formulaire (« mes renseignements »), seront utilisés par l'administrateur du programme et pourraient être transmis à Novartis. L'administrateur du programme ne transmettra pas de renseignements permettant d'identifier le patient à Novartis, sauf l'information nécessaire au signalement des effets indésirables, mais pourrait transmettre des données anonymisées sur les patients pour permettre à Novartis et/ou à l'administrateur du programme d'évaluer et d'améliorer les programmes d'aide aux patients, la façon dont les produits et services sont offerts aux patients et aux professionnels de la santé, ou à toute autre fin autorisée par la loi. J'accepte que l'administrateur du programme communique avec moi pour obtenir de l'information nécessaire à l'administration du programme, par courriel, téléphone, télécopieur ou de toute autre façon, en utilisant les coordonnées qui ont été fournies ci-dessus.

Je comprends que le dossier contenant mes renseignements sera conservé aux bureaux de l'administrateur du programme. Les employés, agents et mandataires autorisés de l'administrateur du programme pourraient, au besoin, avoir accès à mes renseignements pour rendre les services décrits dans le présent formulaire ou aux fins qui y sont précisées. L'information sur les politiques et pratiques de Novartis concernant la confidentialité, dont (i) la façon d'obtenir une copie de la politique de confidentialité, (ii) la façon d'accéder aux renseignements personnels ou de les corriger, ou (iii) la façon de retirer son consentement, est présentée dans la section Consentement du patient du présent formulaire.

Je reconnais que des effets indésirables peuvent être signalés en ce qui concerne mes patients qui participent au programme, et ce, durant leur participation au programme. Je comprends que Novartis ou l'administrateur du programme peut communiquer avec moi pour obtenir des renseignements de suivi au sujet de ces effets indésirables. Les rapports d'effets indésirables pourraient devoir être transmis aux organismes de réglementation du Canada et d'ailleurs.

**X** \_\_\_\_\_

Signature du médecin

Date (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

### Renseignements pour évaluer la gravité du rhumatisme psoriasique

Score HAQ: \_\_\_\_\_

Taux de CRP: \_\_\_\_\_

Score BASDAI: \_\_\_\_\_

Score DAS-28: \_\_\_\_\_

Résultats radiographiques: \_\_\_\_\_

Déjà traité?  Oui  Non

Si oui, traitement antérieur: \_\_\_\_\_

### Renseignements pour évaluer la gravité de la spondylarthrite ankylosante

Score BASDAI: \_\_\_\_\_

Score BASFI: \_\_\_\_\_

Score HAQ: \_\_\_\_\_

Douleur rachidienne selon une échelle visuelle analogique (cm): \_\_\_\_\_

Résultats radiographiques: \_\_\_\_\_

Déjà traité?  Oui  Non

Si oui, traitement antérieur: \_\_\_\_\_

### Signature du patient

J'ai lu et j'accepte le consentement du patient tel qu'écrit au verso de ce formulaire.

**X** \_\_\_\_\_

Signature du patient

Date (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

<sup>†</sup> Le Programme expédiera les résultats des tests au demandeur. Tout suivi résultant de résultats positifs aux tests de dépistage de la TB demeure à la discrétion ou sous la responsabilité du demandeur.

### Dose recommandée pour le rhumatisme psoriasique

En cas de psoriasis en plaques modéré à sévère concomitant

Pour tout patient qui n'a pas répondu de manière satisfaisante à un traitement par un anti-TNF $\alpha$  et dont le rhumatisme psoriasique a continué à évoluer malgré la prise d'un tel traitement

COSENTYX<sup>MD</sup> est administré aux semaines 0, 1, 2 et 3, puis une fois par mois à partir de la semaine 4.

- 150 mg, administré par voie sous-cutanée
- 300 mg, administré par voie sous-cutanée
- 150 mg, administré par voie sous-cutanée
- 300 mg, administré par voie sous-cutanée

### Dose recommandée pour la spondylarthrite ankylosante

- 150 mg, administré par voie sous-cutanée

COSENTYX<sup>MD</sup> est administré aux semaines 0, 1, 2 et 3, puis une fois par mois à partir de la semaine 4.

COSENTYX<sup>MD</sup> est conçu pour être utilisé sous la supervision d'un professionnel de la santé.

Les patients peuvent s'auto-injecter après une formation appropriée et lorsque considéré comme approprié.

On conseille aux prescripteurs de réévaluer périodiquement la nécessité de poursuivre le traitement.

### Consentement du patient

Le programme XPOSE<sup>MD</sup> (le « programme ») est commandité par Novartis Pharma Canada inc. (« Novartis ») et est actuellement géré par Innomar Strategies Inc. (l'« administrateur du programme »), une tierce partie indépendante embauchée par Novartis pour administrer le programme. Le programme offre des services en lien avec COSENTYX<sup>MD</sup> (« médicament de Novartis ») et la ou les maladies qu'il sert à traiter. Novartis se réserve le droit de modifier ou de mettre fin au programme en tout temps et sans préavis.

J'ai eu la chance de discuter du programme avec mon fournisseur de soins de santé. Je comprends que ma participation à ce programme est volontaire et que si je choisis de ne pas participer, cela n'aura aucune incidence sur mon traitement médical ou mon admissibilité au régime d'assurance. Cependant, si je ne signe pas le présent formulaire, je ne pourrai pas participer au programme et recevoir l'aide de l'administrateur du programme, tel que décrit ci-dessus.

Je comprends que l'administrateur du programme pourrait recueillir de l'information de mes fournisseurs de soins de santé et leur personnel, et leur en transmettre, y compris mon(mes) médecin(s), infirmière(s) et pharmacien(s), de même que les fournisseurs de soins de santé embauchés ou dont les services sont retenus par l'administrateur du programme aux fins du programme (collectivement appelés « fournisseurs de soins de santé »), les assureurs (privés ou publics), et les autres fournisseurs de services afin de me fournir les services offerts par le programme ou de surveiller ou évaluer lesdits services. Mes renseignements ne seront utilisés à aucune autre fin, à moins que leur divulgation ne soit requise ou autorisée par la loi. Les renseignements recueillis et transmis peuvent inclure de l'information sur mes coordonnées, ma date de naissance, mon régime d'assurance, mon ordonnance, ma maladie et d'autres renseignements sur mon état de santé, de même que l'information contenue dans le présent formulaire (collectivement appelés « renseignements personnels »). J'autorise mon fournisseur de soins de santé à fournir le présent formulaire dûment rempli à l'administrateur du programme. J'accepte que l'administrateur du programme, les fournisseurs de soins de santé ou d'autres communiquent avec moi par courriel, par téléphone ou autrement à l'aide des coordonnées fournies, pour m'offrir des services dans le cadre du programme. Je reconnais que je suis responsable des frais portés à mon compte par mon fournisseur de téléphone cellulaire si je choisis qu'on communique avec moi sur mon téléphone cellulaire aux fins du programme.

Je comprends que Novartis et/ou l'administrateur du programme pourrait recevoir des données anonymisées dans le cadre de ce programme, mais non des renseignements permettant de m'identifier, sauf aux fins du signalement des effets indésirables afin que Novartis puisse effectuer un suivi auprès de mon(mes) fournisseur(s) de soins de santé.

Cela est nécessaire pour permettre à Novartis de conserver des dossiers à jour concernant l'innocuité de ses produits. Les renseignements sur les effets indésirables pourraient devoir être signalés aux organismes de réglementation du Canada et d'ailleurs.

Si Novartis nomme un nouvel administrateur du programme pour remplacer Innomar Strategies Inc., j'accepte que mes renseignements personnels soient transférés à ce nouveau fournisseur de services.

Je comprends que le programme ne vise pas à fournir de conseils ou de diagnostics médicaux. J'accepte de toujours consulter mon médecin ou un autre fournisseur de soins de santé qualifié si ma santé me préoccupe, et de ne pas ignorer les conseils médicaux reçus par un professionnel sur la seule base des renseignements lus ou communiqués dans le cadre de ce programme.

Je comprends que le dossier contenant mes renseignements personnels sera conservé aux bureaux d'Innomar Strategies Inc. Les employés, agents et mandataires autorisés d'Innomar Strategies Inc. auront accès à mes renseignements personnels si cela est nécessaire à l'administration du programme. Les renseignements personnels recueillis dans le cadre du programme, y compris l'information relative aux effets indésirables me concernant (p. ex. initiales, date de naissance, sexe, mais pas le nom), pourraient être conservés ou traités à l'extérieur du Canada, auquel cas ils pourraient être assujettis aux lois de ces juridictions étrangères. Pour obtenir de l'information sur les politiques et pratiques de Novartis, je peux communiquer avec Novartis au numéro de téléphone fourni ci-dessous ou consulter une copie de la politique de confidentialité de Novartis au <https://www.novartis.ca/fr/politique-de-confidentialite>.

J'ai le droit de retirer ce consentement en tout temps en communiquant avec un responsable du programme, au 1-844-279-7673. Cependant, je comprends que le retrait de mon consentement mettra fin à ma participation à ce programme. De plus, le retrait de mon consentement n'aura aucun effet rétroactif quant aux renseignements qui ont déjà été recueillis et divulgués à mon sujet. Je peux, en tout temps, exiger d'avoir accès à mes renseignements personnels ou de les faire corriger en communiquant par écrit avec l'administrateur du programme à l'adresse suivante : [Cosentyx@innomar-strategies.com](mailto:Cosentyx@innomar-strategies.com).

Par la présente, je confirme avoir lu et compris l'information fournie sur le programme dans ce formulaire d'inscription relatif au programme XPOSE<sup>MD</sup>. J'ai également lu et compris la section Consentement du patient du présent formulaire qui décrit la façon dont mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et divulgués et j'accepte de participer au programme XPOSE<sup>MD</sup>.

COSENTYX<sup>MD</sup> (sécukinumab) est indiqué pour le traitement :

- Des patients adultes atteints de rhumatisme psoriasique évolutif ayant répondu de manière insatisfaisante à un traitement antérieur par des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM). COSENTYX<sup>MD</sup> peut être utilisé seul ou en association avec le méthotrexate
- Des patients adultes atteints de spondylarthrite ankylosante évolutive qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante au traitement standard

Consultez la monographie du produit à [www.novartis.ca/MonographieCosentyx](http://www.novartis.ca/MonographieCosentyx) pour en apprendre davantage sur les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, la posologie et les conditions d'utilisation clinique. Vous pouvez aussi vous procurer la monographie du produit en appelant au 1-800-363-8883.

**Pour toute question relative au programme, veuillez communiquer avec le programme XPOSE<sup>MD</sup> au 1-844-27XPOSE (1-844-279-7673).**



Novartis Pharma Canada inc.  
Dorval (Québec) H9S 1A9  
[www.novartis.ca](http://www.novartis.ca)  
☎ 514.631.6775 ☎ 514.631.1867

COSENTYX, SensoReady et XPOSE sont des marques déposées.  
Monographie du produit offerte sur demande.  
Imprimé au Canada MED-COSpa-0002F  
© Novartis Pharma Canada inc. 2016



**Cosentyx**  
sécukinumab

**XPOSE**<sup>MD</sup>