

Veuillez nous transmettre le formulaire dûment rempli par courriel ou par télécopieur.
Les communications par courrier électronique peuvent ne pas être sécurisées, à moins d'être chiffrées.

Inclure les **notes de consultation du patient** et un **bilan lipidique récent** pourrait aider à accélérer l'accès au remboursement.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de famille _____ Prénom _____

Date de naissance (JJ-MM-AAAA) _____

Adresse du domicile _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Adresse courriel _____

J'autorise le programme à laisser un message vocal au(x) numéro(s) de téléphone suivant(s): _____

Téléphone cellulaire _____ Autre téléphone _____

Mode de communication à privilégier: Texto/SMS* Courriel Téléphone

Langue: Anglais Français

Type d'assurance: Publique Privée Patient paie de sa poche

CONSENTEMENT DU PATIENT

Obtenir le consentement écrit ou verbal du patient favorisera l'accélération du processus d'inscription.

CONSENTEMENT ÉCRIT

J'aimerais être inscrit(e) au Programme de soutien aux patients LEQVIO^{MD} Assist pour LEQVIO^{MD}.

J'ai lu et j'accepte la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels comme il est expliqué dans la section sur le consentement (page 2).

Je comprends que Novartis se réserve le droit de modifier ou de mettre fin au Programme sans préavis.

Le Programme peut me contacter par voie électronique; j'aurai l'occasion de me retirer de ces communications.

 SIGNATURE DU PATIENT

DATE (JJ-MM-AAAA)

CONSENTEMENT VERBAL

IMPORTANT: S'il n'est pas possible d'obtenir le consentement écrit du patient ou de son représentant légal, veuillez documenter la date à laquelle le consentement verbal a été obtenu et par qui.

Cela permettra au Programme LEQVIO^{MD} Assist de procéder à l'inscription.

Consentement verbal obtenu par le professionnel de la santé du:

Patient

Représentant légal: _____

NOM _____

RELATION _____

Consentement verbal obtenu par:

NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ _____

DATE (JJ-MM-AAAA)

* La fréquence des messages varie. Des tarifs de messages standards s'appliquent.

† Lors de la transition d'un AcMc inhibiteur de la PCSK9 (évolocumab ou alirocumab) vers LEQVIO^{MD}, administrer la dernière dose de l'AcMc inhibiteur de la PCSK9, puis attendre jusqu'à la prochaine date prévue pour administrer la première dose de LEQVIO^{MD}.

AcMc = anticorps monoclonal; PCSK9 = prooprotéine convertase subtilisine/kexine de type 9.

N.B. : L'usage exclusif du masculin dans ce formulaire ne vise qu'à faciliter la lecture du texte.

INFORMATION MÉDICALE

Diagnostic du patient

Hypercholestérolémie non familiale avec maladie cardiovasculaire athéroscléreuse (MCVA):

Veuillez préciser: _____

Hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe):

Score selon les critères du Dutch Lipid Network: Entrer le score: _____

Simon Broome: Possible Confirmé

Tests génétiques

INFORMATION IMPORTANTE: _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SUPPLÉMENTAIRES

C-LDL

Taux actuel de C-LDL (\leq 3 mois): _____ mmol/L Date de mesure: _____ (JJ-MM-AAAA)

Traitements et doses: hypolipémiants actuels			
Traitement	Dose	Date de début (JJ-MM-AAAA)	Notes (s'il y a lieu)
Statine: (dose maximale tolérée par le patient*)			
Plus récente statine précédente (si applicable):			
Ézétimibe: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Transition d'un AcMc inhibiteur de la PCSK9†: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

*Remarque: Un patient doit recevoir la dose maximale tolérée d'une statine pour être admissible au traitement par LEQVIO^{MD}.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AUTORISÉ À PRESCRIRE («PRESCRIPTEUR»)

Nom de famille _____ Prénom _____

Numéros de permis : _____

Téléphone _____ Télécopieur _____ Courriel _____

Adresse du cabinet _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE DE LEQVIO^{MD} (INCLISIRAN POUR INJECTION)

Ordonnance initiale Seringue préremplie de LEQVIO^{MD} (inclsiran pour injection) à 284 mg/1,5 mL, injection par voie sous-cutanée aux mois 0 et 3, puis tous les 6 mois par la suite. Quantité: 3 seringues pour un approvisionnement de 12 mois (mois 0, 3 et 9).

Renouvellement d'ordonnance Seringue préremplie de LEQVIO^{MD} (inclsiran pour injection) à 284 mg/1,5 mL, injection par voie sous-cutanée tous les 6 mois. Quantité: 2 seringues pour un approvisionnement de 12 mois.

Je certifie que cette ordonnance est une ordonnance originale. La pharmacie désignée est le seul destinataire. L'original ne sera pas réutilisé.

CONSENTEMENT DU PRESCRIPTEUR

J'ai discuté du programme de soutien aux patients (PSP) avec le patient qui souhaite s'inscrire et qui a consenti à ce que je saisisse ses renseignements personnels (nom, adresse courriel, numéro de téléphone, renseignements sur l'ordonnance) dans ce formulaire afin que le PSP puisse communiquer avec lui et confirmer son inscription.

Je reconnais que des événements indésirables concernant mes patients participant au PSP peuvent être signalés et je comprends que Novartis ou ses agents peuvent communiquer avec moi pour fournir des renseignements de suivi en vue de leur traitement tel que divulgué dans le présent consentement.

Je reconnais avoir lu et compris les renseignements fournis dans la section sur le consentement (page 2) et j'accepte la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels comme décrit dans cet avis.

 SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

DATE (JJ-MM-AAAA)

Veuillez nous transmettre le formulaire dûment rempli par courriel ou par télécopieur.
Les communications par courrier électronique peuvent ne pas être sécurisées, à moins d'être chiffrées.

Bienvenue au Programme de soutien aux patients LEQVIO^{MD} Assist de Novartis Pharma Canada inc. («Novartis», «nous») pour LEQVIO^{MD}.

CONSENTEMENT À LA COLLECTE, À L'UTILISATION ET À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (pour de plus amples informations, consultez la section «Détails»)

Pourquoi recueillons-nous des renseignements personnels pour le PSP?

Nous recueillons des renseignements personnels pour fournir nos services. Ces renseignements peuvent vous identifier directement (comme votre nom) ou indirectement (avec suffisamment de détails). Nous pouvons également utiliser des renseignements personnels pour respecter les exigences de déclaration réglementaire et à des fins analytiques. Nous vous demanderons votre consentement spécifique si nous devons les utiliser pour d'autres raisons, sauf si la loi nous autorise à les utiliser sans votre consentement.

Quels types de renseignements personnels sont recueillis?

Patients: Nous recueillons votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone, votre date de naissance, des renseignements sur votre santé, y compris des renseignements sur votre maladie, et le nom de votre aidant.

Professionnel de la santé: Nous recueillerons votre nom, votre adresse et des informations sur vos patients inscrits au PSP, y compris le nombre de patients inscrits.

Aidants ou tuteurs légaux: Nous recueillons votre nom, votre adresse et votre numéro de téléphone.

Qui recueille et a accès aux renseignements personnels?

Novartis ou sa société désignée gèrent le PSP. Elles recueillent et stockent vos renseignements de manière sécurisée et peuvent les partager avec des professionnels de la santé, des compagnies d'assurance ou d'autres organisations, telles que des pharmacies, des laboratoires et des cliniques qui fournissent un service dans le cadre du programme.

Seules les personnes qui ont besoin de vos renseignements personnels pour gérer le PSP peuvent y accéder.

Les renseignements personnels sont-ils transférés en dehors de votre province de résidence ou du Canada?

Oui, vos renseignements sont stockés de manière sécurisée aux États-Unis.

Allons-nous recueillir d'autres renseignements personnels en dehors du PSP?

Non, nous vous demanderons votre consentement supplémentaire pour recueillir des renseignements personnels qui ne sont pas liés aux services du PSP. Par exemple, nous pouvons vous demander votre permission de participer à des études de marché.

Comment pouvez-vous demander l'accès à vos renseignements personnels dans le cadre du PSP?

Pour des questions, un accès ou des corrections à vos renseignements personnels, ou pour retirer votre consentement, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données de Novartis à global.privacy_operations@novartis.com

LEQVIO^{MD} (inclisiran pour injection) est indiqué chez l'adulte en complément de changements des habitudes de vie, notamment le régime alimentaire, afin de réduire davantage le taux de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) chez les personnes présentant l'une ou l'autre des affections suivantes et prenant la dose maximale tolérée d'une statine, avec ou sans autre traitement de réduction du taux de C-LDL :

- Hypercholestérolémie non familiale avec maladie cardiovasculaire athéroscléreuse (MCVA); ou
- Hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe).

L'effet de LEQVIO^{MD} sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaires n'a pas été établi.

Consultez la monographie du produit à l'adresse www.novartis.ca/MonographieLeqvio pour obtenir des renseignements importants concernant les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, la posologie ainsi que les conditions d'utilisation clinique. Vous pouvez également obtenir la monographie de produit en appelant au 1-800-363-8883 ou en envoyant un courriel à l'adresse medinfo.canada@novartis.com.

Sous licence d'Alnylam Pharmaceuticals, Inc.