Programme de soutien aux patients pour PrDOJOLVI[MD] (triheptanoïne) liquide oral

Pour les prestataires de soins (Les sections 1 à 4 doivent être lues et remplies par les prestataires de soins)

Le programme d'UltraCare (« le Programme ») est parrainé par Ultragenyx Pharmaceutical, Inc. (« Ultragenyx ») et administré par Innomar au nom d'Ultragenyx.

1. RENSEIGNEMENTS DE LA PATIENTE OU DU PATIENT (ASSUREZ-VOUS D'INDIQUER SON MOYEN DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ)

Prénom, deuxième prénom et nom de famille _____

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme ☐ Autre Date de naissance (JJ/MM/AAAA)_____

Numéro de carte de santé _____

Tél. au domicile _____ Tél. au travail _____

Tél. cellulaire _____ Courriel _____

Moyen de communication préféré : ☐ Domicile ☐ Travail ☐ Cellulaire ☐ Courriel

Moment de la journée le plus approprié pour joindre le patient _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

Nom et prénom de la soignante ou du soignant _____

Relation avec la patiente ou le patient _____ Tél. de la soignante ou du soignant _____

Langue préférée : ☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre _____

☐ Consentement à laisser un message vocal

2. Diagnostic confirmé de LC-FAOD (cochez une case) : ☐ CPT I ☐ CACT ☐ CPT II ☐ VLCAD ☐ TFP ☐ LCHAD

☐ Diagnostic confirmé d'AUTRE _____

3. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI PRESCRIT

Prénom _____

Nom _____

Courriel de la personne qui prescrit _____

Tél. de la personne qui prescrit _____ Télécopieur _____

Adresse du bureau _____

Nom du contact au bureau _____

Courriel du contact au bureau _____

Tél. du contact au bureau _____ Télécopieur _____

4. DOJOLVI (TRIHEPTANOÏNE) LIQUIDE ORAL - RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE

Renseignements sur l'ordonnance - Dojolvi 500 mL par flacon (DIN : 02512556)

☐ Voie orale

☐ Tube d'alimentation entérique seulement

Type de tube : _____

☐ Alimentation en bolus : _____

☐ Alimentation en continu : _____

☐ **Ajustement posologique**

Prendre _____ mL par jour, diviser la quantité en _____ doses égales par jour, augmenter la dose quotidienne totale de _____ mL tous les _____ jours jusqu'à ce que la dose quotidienne totale atteigne _____.

Remettre : Dojolvi, _____ (qté) X flacons de 500 mL. Nombre de renouvellements : _____

Notes : _____

☐ **Traitement d'entretien**

Prendre _____ mL par jour, diviser la quantité en _____ doses égales par jour.

Remettre : Dojolvi, _____ (qté) X flacons de 500 mL. Nombre de renouvellements : _____

Notes : _____

Instructions particulières : _____

Précautions particulières (p. ex., allergies) : _____

Veuillez consulter la monographie de produit complète à www.ultragenyx.com/canada/medicines/dojolvi-product-monograph-CANADA/ pour obtenir tous les renseignements de dosage et d'administration. J'autorise le Programme de soutien aux patients à être mon agent désigné pour transmettre la présente ordonnance par télécopieur, ou tout autre mode de livraison, à la pharmacie choisie par la personne susnommée. Cette ordonnance représente la commande de médicament d'ordonnance originale. La pharmacie choisie par la patiente ou le patient est la seule destinataire prévue; il n'y en a pas d'autres.

En signant, je – c'est-à-dire la personne qui prescrit – consens au traitement de mes renseignements personnels, tels que mes habitudes de prescription, qui peuvent être combinées avec l'information d'autres prescripteurs pour produire des données agrégées qui seront utilisées à des fins d'analyse statistique, de recherche, de planification commerciale ou pour améliorer ou modifier le Programme.

Signature de la personne qui prescrit _____ **Numéro de permis du prescripteur** _____ **Date** _____

La prescriptrice ou le prescripteur assument la responsabilité de la surveillance des valeurs de laboratoire, ainsi que la responsabilité d'aviser UltraCare de tout changement de dosage ou toute suspension du traitement.

VEUILLEZ TÉLÉCOPIER LES 2 PAGES AU : 1-833-592-2273 (CARE) **ou ENVOYER PAR COURRIEL À :** Ultracare@innomar-strategies.com

Numéro sans frais : 1-833-388-5872 (U-LTRA) | http://www.ultracaresupport.ca/fr-ca/

© Ultragenyx Pharmaceutical, Inc., 2026. Tous droits réservés. MRCP-UX007-00340 09/2026

Programme de soutien aux patients pour PrDOJOLVI[MD] (triheptanoïne) liquide oral

Pour les patients Nom de la patiente ou du patient _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____

(La section 5 doit être lue et remplie par le patient ou son représentant autorisé)

5. CONSENTEMENT DE LA PATIENTE OU DU PATIENT À LA COLLECTE, À L'UTILISATION ET AU PARTAGE DERENSEIGNEMENTS PERSONNELS (« RP ») ET SIGNATURE

IMPORTANT : Si le prestataire de soins de santé est incapable d'obtenir le consentement écrit de la patiente ou du patient, veuillez indiquer la date à laquelle il ou elle a donné son consentement verbal. Cela permettra au Programme de poursuivre le traitement de la présente inscription. Le Programme obtiendra le consentement écrit. Le consentement verbal doit être obtenu par un prestataire de soins de santé.

☐ La patiente ou le patient a donné son consentement verbal Date (JJ/MM/AAAA) _____

Consentement obtenu par : Nom (nom, prénom) _____

Titre : ☐ MD ☐ IA ☐ Autre (précisez) _____

Signature _____

CONSENTEMENT AUX MESSAGES TEXTE :

☐ En cochant cette case, je consens à recevoir des messages texte d'Ultragenyx Pharmaceutical, Inc. et de ses fournisseurs de services concernant les services aux patients UltraCare. La fréquence des messages peut varier; des frais de messagerie et de données peuvent s'appliquer. Les messages texte peuvent ne pas être sécurisés. Je peux retirer mon consentement comme il est décrit dans les modalités relatives aux messages texte : https://www.ultracaresupport.com/TC.pdf.

Je comprends que le Programme UltraCare (« le Programme ») est parrainé par Ultragenyx Pharmaceutical, Inc. (« Ultragenyx ») et administré par Innomar au nom d'Ultragenyx. Je comprends que d'autres prestataires de services peuvent être engagés par Ultragenyx pour administrer le Programme de temps à autre.

Pour en savoir plus sur la manière dont Ultragenyx collecte et utilise les renseignements personnels, y compris vos droits en matière de confidentialité, veuillez consulter la page www.ultragenyx.com/canadian-french/privacy-policy/. Séparément et indépendamment de cette politique, vos données peuvent aussi être assujetties à notre Politique en matière de témoins de connexion, si vous accédez au présent formulaire en ligne.

RENSEIGNEMENTS À DIVULGUER :

J'autorise chacune et chacun de mes médecins et pharmaciennes ou pharmaciens (y compris toute pharmacie spécialisée et autre prestataire de soins de santé) et chacune de mes assurances de santé à divulguer mes RP (p. ex., à Ultragenyx, ses agents, sous-traitants et cessionnaires), y compris, sans s'y limiter, ce qui suit :

- Mes renseignements généraux, tels que mon nom, ma date de naissance, mon adresse et mes coordonnées
- Les renseignements liés à mes résultats de laboratoire ou au traitement accompagnant ce médicament d'ordonnance ou aux conditions médicales associées
- Des renseignements financiers (si nécessaire) et des renseignements sur ma couverture d'assurance
- Des renseignements sur mes prestations de santé
- Tous les renseignements fournis dans le présent formulaire et fournis par ailleurs par moi à UltraCare

DIVULGATION ET UTILISATION DE MES RENSEIGNEMENTS :

J'autorise Ultragenyx, Innomar et leurs agents, sous-traitants et cessionnaires à collecter, utiliser et divulguer mes RP pour gérer et administrer le Programme, notamment aux fins suivantes :

- M'inscrire aux Services aux patients d'UltraCare et communiquer avec moi à ce sujet
- Assurer une gestion de cas par téléphone ou par voie de communication électronique pour m'aider à respecter mon traitement médicamenteux
- Travailler avec des tiers pour fournir des ressources communautaires et des recommandations (p.ex., diététiste métabolique, conseil génétique, organisations de soutien des patients, coordination avec la pharmacie pour les renouvellements ou les réapprovisionnements)

J'autorise en outre Ultragenyx et ses partenaires à divulguer mes RP aux parties suivantes :

- Mes médecins et pharmaciennes et pharmaciens (y compris toute pharmacie spécialisée et autre prestataire de soins de santé)
- Mon assurance santé publique ou privée (p. ex., le régime provincial ou fédéral)

J'autorise également la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes RP afin de respecter les obligations légales de déclaration des effets indésirables des médicaments aux autorités de santé et d'assurer un suivi des plaintes concernant les produits.

Je comprends qu'Ultragenyx peut communiquer avec moi ou mes prestataires de soins de santé pour obtenir des renseignements additionnels afin de remplir ses obligations de déclaration.

Je comprends également que mes RP peuvent être combinés avec ceux d'autres personnes qui participent au Programme afin de produire des données agrégées visant à améliorer le Programme, de concevoir et de mettre en oeuvre d'autres programmes destinés aux patients, à des fins commerciales et pour mener des recherches, notamment pour relever des tendances, telles que l'utilisation des produits, l'observance ou les résultats.

MES RENSEIGNEMENTS PEUVENT ÉGALEMENT ÊTRE UTILISÉS ET DIVULGUÉS AUX FINS SUIVANTES :

- Achever le processus d'inscription et vérifier l'information fournie dans mon formulaire d'inscription, notamment en confirmant mon identité et mon utilisation, ou utilisation potentielle, du médicament prescrit par mon prestataire de soins de santé
- Fournir une assistance financière et un soutien au remboursement, si je suis admissible, et fournir tout autre soutien applicable, y compris des renseignements sur des ressources tierces susceptibles de m'assister
- Communiquer avec moi pour évaluer l'efficacité du Programme
- Répondre aux besoins commerciaux internes d'Ultragenyx, répondre aux exigences légales et respecter les critères de vérification et de conformité
- Confirmer que j'ai bien reçu le medicament d'Ultragenyx prescrit dans le cadre du Programme
- Supprimer les identifiants de l'information que je fournis, c'est-à-dire les éléments tels que mon nom et mon adresse, pour que je ne sois plus raisonnablement identifiable
- Reconnaître les anciennes utilisatrices et les anciens utilisateurs d'UltraCare pour assurer la continuité du service du Programme
- Communiquer avec moi relativement aux événements d'éducation, infolettres, ressources et occasions potentielles de partager mon histoire et de participer à des études de marché, dont je peux me désinscrire à tout moment sans que cela affecte mon accès au Programme de Services aux patients d'UltraCare

AUTRES POINTS IMPORTANTS :

- Je comprends qu'Ultragenyx et ses agents, sous-traitants et cessionnaires peuvent stocker ou traiter mes RP en dehors du Canada (y compris aux États-Unis), où les lois locales peuvent exiger la divulgation des RP aux autorités gouvernementales dans des circonstances différentes de celles en vigueur au Canada. Je comprends également que, dans ce cas, mes droits en matière de confidentialité peuvent ne plus protéger mes RP ou interdire leur divulgation.
- Je comprends que je peux refuser de signer le présent consentement, auquel cas je ne participerai pas au Programme et n'aurai pas accès au soutien offert par UltraCare. Je comprends également que mon traitement et mon admissibilité aux prestations de santé, y compris mon accès au traitement, ne dépendront pas de ma signature au bas de ce consentement.
- Davantage d'information sur mes droits de protection de mes RP, y compris les droits spécifiques que je pourrais avoir, peut être trouvée dans la Politique de confidentialité d'Ultragenyx (www.ultragenyx.com/canadian-french/privacy-policy/)
- Je comprends que j'ai le droit d'obtenir une copie du présent consentement signé et que le consentement à partager, divulguer, voire redivulguer les renseignements médicaux protégés expire un an après la date de signature, ou un an après la date de ma dernière ordonnance, selon la date la plus lointaine, à moins qu'une période plus courte soit requise.
- Je comprends que des fournisseurs tiers, telles des pharmacies spécialisées, peuvent recevoir une rémunération (financière) en échange de données, de services de soutien relatifs aux produits ou services de remboursement, etc.
- Je comprends que je peux révoquer ce consentement en tout temps en prévenant ma représentante ou mon représentant UltraCare ou en écrivant à l'adresse indiquée au bas du présent formulaire. Si je révoque ce consentement, Ultragenyx ne collectera plus de RP additionnels après la date de révocation, mais la révocation ne touchera pas les utilisations ou divulgations de mes RP qui ont déjà été faites, avant la date de révocation.
- Je comprends que je peux communiquer avec le Programme en tout temps pour mettre à jour, consulter ou modifier mes RP, exprimer une préoccupation de confidentialité ou me renseigner sur les façons de procéder du Programme en la matière. Davantage d'information sur mes droits en matière de confidentialité, y compris les droits spécifiques dont je peux bénéficier, peut être consultée dans la Politique de confidentialité d'Ultragenyx (https://www.ultragenyx.com/canadian-french/privacy-policy/).

En signant ci-dessous, je confirme que j'aimerais m'inscrire au Programme et que j'autorise UltraCare à me fournir le Soutien aux patients. Je comprends qu'UltraCare est un programme optionnel. J'accepte qu'UltraCare utilise éventuellement mes Renseignements et les communique à mes Prestataires ou mon Régime afin de fournir le Soutien aux patients, d'administrer le programme d'UltraCare ou de remplir ses obligations légales. Par exemple, UltraCare peut communiquer avec moi (par courriel, téléphone, courrier, etc.) ou mes soignants, utiliser mes Renseignements pour adapter les communications relatives à UltraCare à mes besoins et partager l'information avec mes Prestataires concernant la délivrance de mon medicament DOJOLVI.
Je comprends qu'UltraCare peut anonymiser mes Renseignements, les associer à ceux d'autres patients et utiliser l'information résultante pour les besoins de reddition de comptes d'UltraCare.

Nom de la patiente ou du patient ou ses représentants autorisés en caractères d'imprimerie	**Signature de la patiente ou du patient ou de la personne autorisée à les représenter**	**Relation avec la patiente ou le patient**	**Date**

VEUILLEZ TÉLÉCOPIER LES 2 PAGES AU : 1-833-592-2273 (CARE) **ou ENVOYER PAR COURRIEL À :** Ultracare@innomar-strategies.com

Numéro sans frais : 1-833-388-5872 (U-LTRA) | http://www.ultracaresupport.ca/fr-ca/

© Ultragenyx Pharmaceutical, Inc., 2026. Tous droits réservés. MRCP-UX007-00340 09/2026