

Présentation de Preuves des Patients

Veillez renvoyer le document rempli et tout autre renseignement pertinent à l'adresse suivante : Programmes publics de médicaments de l'Ontario, Présentation de preuves des patients, 5700, rue Yonge, 3^e étage, Toronto ON M2M 4K5. Par télécopieur : 416 327-8123. Par courriel : PatientSubmission.OPDP@ontario.ca.

Section I - Renseignements sur l'auteur

Date (aaaa/mm/jj)		Médicament et indication		
Auteur		Groupe de promotion des intérêts des patients		
N° d'unité	N° de la rue	Nom de la rue		Case postal
Ville		Province		Code postal
N° de téléphone (y compris n° de poste)		Poste	Courriel	

Section II - Déclaration de conflit d'intérêts

L'auteur et le groupe de promotion des intérêts des patients doivent déclarer tout conflit d'intérêts potentiel qui peut influencer ou semble influencer les renseignements fournis. Les exemples de conflit d'intérêts incluent, sans s'y limiter, le soutien financier de l'industrie pharmaceutique (*comme des subventions d'éducation ou de recherche, des honoraires, des dons et des salaires*), ainsi que des affiliations ou des relations personnelles ou commerciales avec des fabricants de médicaments ou d'autres groupes d'intérêt.

Section III - Conséquences de la maladie ou du trouble

Quels symptômes et problèmes la maladie ou le trouble provoque-t-il chez les patients?

Quel est l'effet du trouble sur leur vie quotidienne? Par exemple, empêche-t-il les patients d'accomplir certaines activités?

Résultats du traitement les plus importants pour les patients

Quels sont les aspects les plus importants du trouble que les patients aimeraient traiter? Quelle est l'efficacité et quels sont les effets secondaires des traitements actuels sur les patients et qu'est-ce que les patients attendraient de différent des nouveaux traitements? Y a-t-il d'autres éléments pratiques à prendre en compte pour déterminer la valeur d'un traitement? Par exemple, quels sont les effets des traitements sur la routine quotidienne ou le mode de vie des patients ou des dispensateurs de soins? En plus du coût des médicaments, existe-t-il d'autres facteurs financiers pour les patients ou les dispensateurs de soins (*p. ex., coûts des déplacements, absence du travail, questions d'élimination des médicaments, fournitures pour l'administration des médicaments*)?

Renseignements fournis par les patients qui ont utilisé ce médicament

Pour les patients qui ont utilisé ce médicament dans le cadre d'un essai clinique ou que le fabricant leur a remis par compassion, ou qu'ils ont acheté par d'autres moyens (assurance privée ou paiement de leur poche) :

Quels sont les effets positifs et négatifs du médicament sur le trouble?

Quels symptômes le médicament traite-t-il le mieux ou le moins bien (*avantages et désavantages*)?

Quelle différence le médicament fait-il pour la santé et le bien-être à long terme des patients?

Quels sont les effets secondaires du médicament; lesquels les patients sont-ils prêts à accepter et lesquels trouvent-ils inacceptables?

Comment le médicament se compare-t-il à d'autres traitements disponibles en termes d'efficacité, d'effets secondaires et d'autres aspects pratiques (*p. ex., administration, temps, coûts*)?

Attestation de l'auteur :

Je déclare être le seul auteur de cette présentation et confirme qu'aucune autre partie n'est intervenue.

Signature

Date (*aaaa/mm/jj*)