

# Sondage sur le Dermylex<sup>®</sup> pour les symptômes reliés au psoriasis

Par

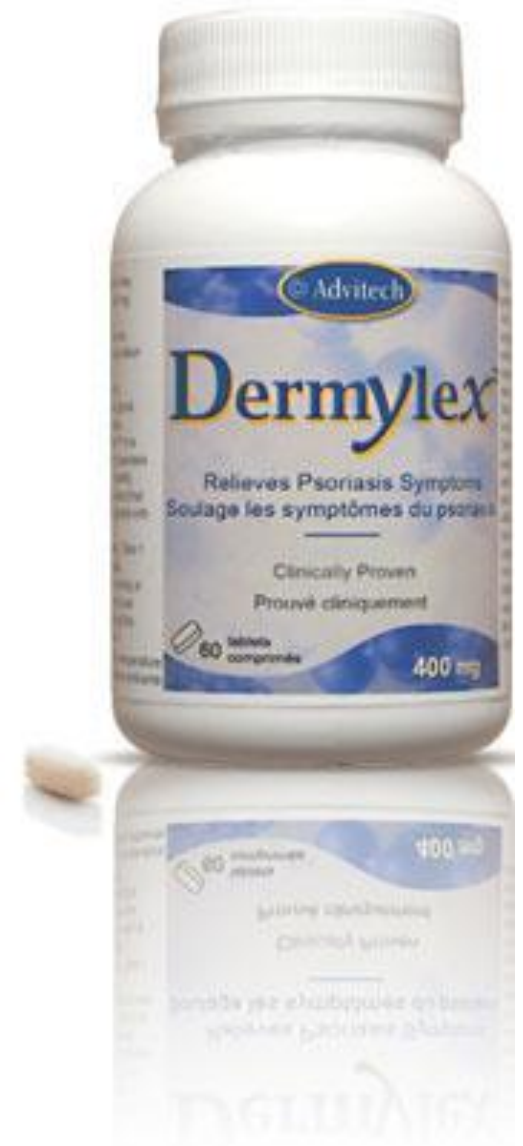
**Advitech**

Octobre 2008

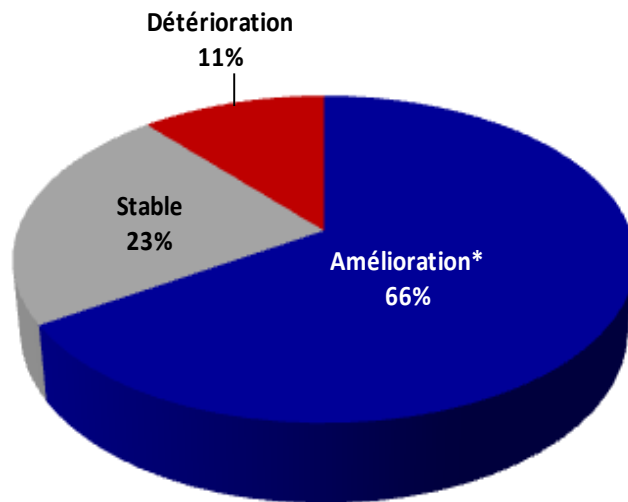
Un sondage a été effectué par Advitech concernant l'efficacité du Dermylex® lorsque celui-ci est utilisé seul ou en tant que thérapie adjuvante à une crème topique traitant le psoriasis.

Nous avons demandé aux patients d'utiliser le Dermylex pour une période minimum de deux mois à raison de deux cachets de 400 mg par jour. Par la suite, ils devaient évaluer l'efficacité du Dermylex en répondant à un questionnaire développé par Advitech (voir Annexe I).

Cette mise à jour représente les données cumulées par 85 patients depuis novembre 2006.

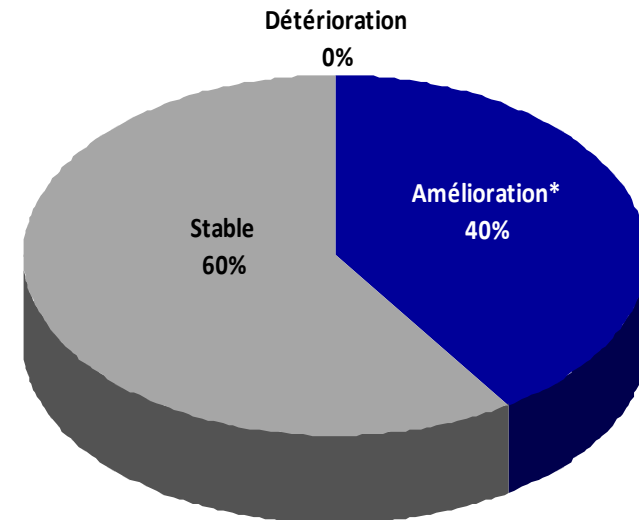


### L'intensité du Psoriasis lorsque le Dermylex est utilisé seul (n=43)



Les données représentent le pourcentage de patients  
\*Amélioration moyenne de 42%

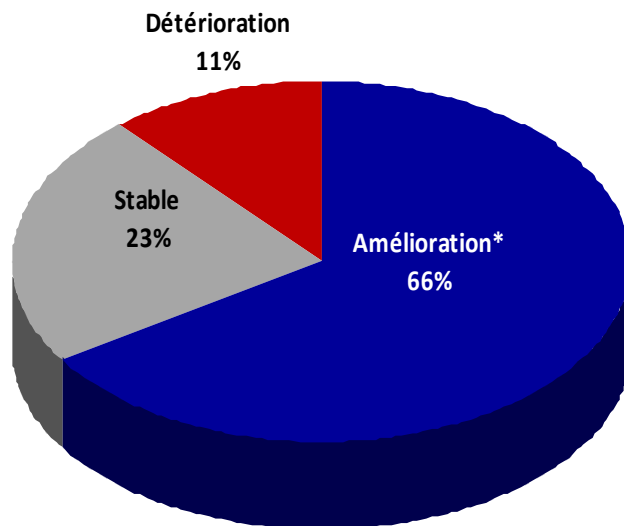
### L'intensité du Psoriasis lorsque le Dermylex est utilisé en tant que thérapie adjuvante (n=42)



Les données représentent le pourcentage de patients  
\*Amélioration moyenne de 28%

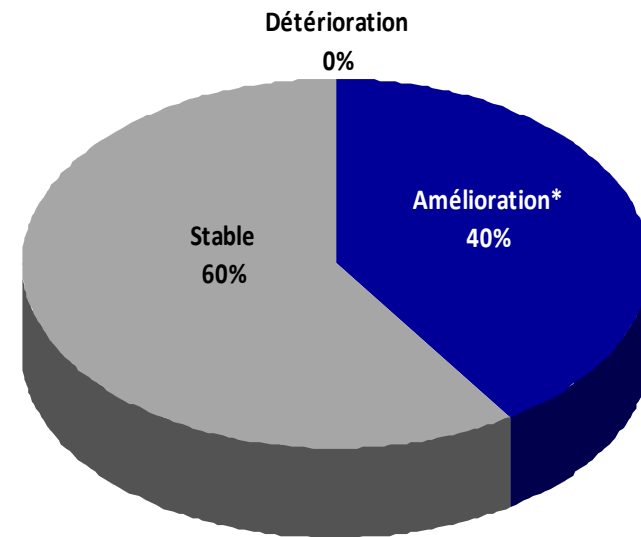
- *Le pourcentage de détérioration de l'intensité du psoriasis est moins élevé si le Dermylex est utilisé comme traitement adjuvant.*
- *Le pourcentage d'amélioration de l'intensité du psoriasis est meilleur lorsque le Dermylex est utilisé seul.*

### L'intensité du Psoriasis lorsque le Dermylex est utilisé seul (n=43)



Les données représentent le pourcentage de patients  
\*Amélioration moyenne de 42%

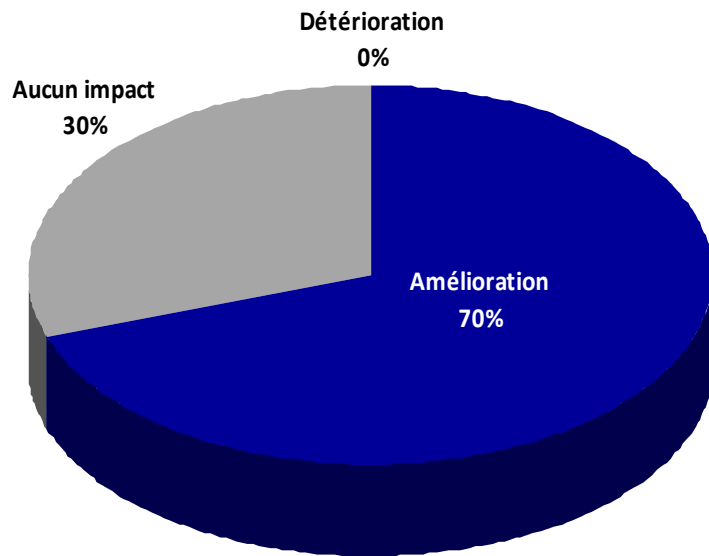
### L'intensité du Psoriasis lorsque le Dermylex est utilisé en tant que thérapie adjuvante (n=42)



Les données représentent le pourcentage de patients  
\*Amélioration moyenne de 28%

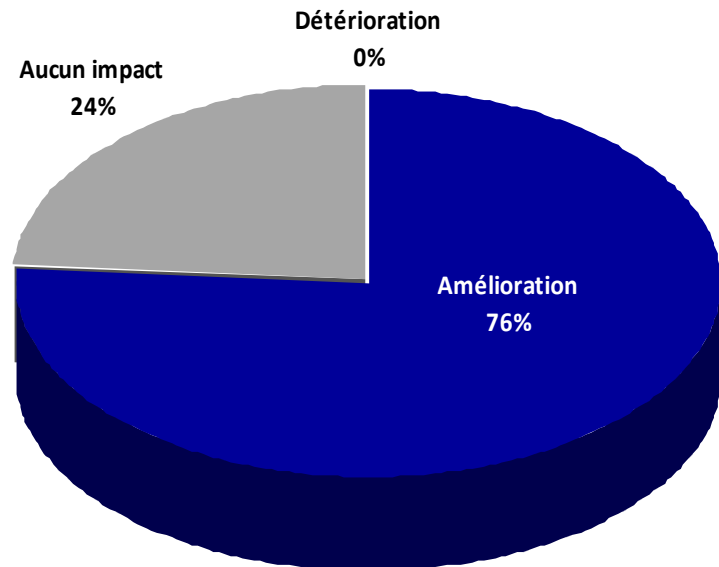
- *Le pourcentage d'amélioration de la sensation de démangeaison est meilleur lorsque le Dermylex est utilisé seul.*
- *Le pourcentage de détérioration de la sensation de démangeaison est meilleur lorsque le Dermylex est utilisé en tant que thérapie adjuvante.*

### Le Dermylex et son Impact sur la qualité de vie lorsqu'il est utilisé seul (n=43)



Les données représentent le pourcentage de patients

### Le Dermylex et son impact sur la qualité de vie lorsqu'il est utilisé en tant que thérapie adjuvante (n=42)



Les données représentent le pourcentage de patients

- *L'efficacité du Dermylex est meilleure lorsqu'utilisé seul, toutefois l'index de la qualité de vie est amélioré lorsque le Dermylex est utilisé comme traitement adjuvant d'un produit topique.*
- *De par ce fait il est stratégiquement probable qu'éventuellement un traitement ainsi qu'une gamme de produits, combinant une solution orale et topique, soient offerts.*



## QUESTIONNAIRE POST -COMMERCIALISATION

Advitech réalise un sondage post-commercialisation sur Dermylex<sup>MC</sup>. Nous cherchons à étendre notre base de données avec vos commentaires, puisque nos études cliniques évaluaient l'effet de Dermylex<sup>MC</sup> seul, sans co-thérapie, sur 112 jours. Pour partager avec nous votre expérience avec Dermylex<sup>MC</sup> et en apprendre plus sur l'offre de 3<sup>e</sup> bouteille gratuite, vous pouvez visiter le <http://www.dermylex.com/fr/temoignages.php>.

Nom et Prénom : _____	ANNÉE de naissance : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse* : _____ (Nécessaire pour la livraison de la bouteille gratuite)	Courriel* : _____ (Voulez-vous l'ajouter à notre liste? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non)	Poids: _____ <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> lbs
Date de début de l'utilisation : _____	Date de fin de l'utilisation : _____	Taille: _____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> pi

\* Information facultative

- J'autorise Advitech inc. à utiliser les réponses à ce questionnaire de façon anonyme.  Oui  Non  
 J'autorise Advitech inc. à entrer en contact avec moi pour utiliser ces réponses à d'autres fins.  Oui  Non

### A- AVANT DERMYLEX<sup>MC</sup>

1- Quels traitements (crèmes, photothérapie, suppléments nutritionnels, etc.) utilisez-vous habituellement pour soulager vos symptômes du psoriasis?	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Crème (lesquelles): <input type="checkbox"/> Oral (lesquels): <input type="checkbox"/> Autres: _____
2- Pour toute autre réponse que « Aucun » à la question 1, depuis combien de temps suivez-vous ces traitements? À quelle fréquence? En quelle quantité?	Durée : _____ Fréquence : _____ Quantité utilisée : _____
3- Quel est votre degré de satisfaction face à ces traitements? (Encerlez un chiffre)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peu <span style="float: right;">Très satisfait</span>
4- Quantifiez la sévérité de votre psoriasis avant l'utilisation de Dermylex <sup>MC</sup> . (Encerlez un chiffre)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Faible <span style="float: right;">Sévère</span>
5- Quantifiez l'intensité de vos démangeaisons avant l'utilisation de Dermylex <sup>MC</sup> . (Encerlez un chiffre)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Faible <span style="float: right;">Sévère</span>
6- Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi d'utiliser Dermylex <sup>MC</sup> ? (Vous pouvez cocher plus d'un choix)	<input type="checkbox"/> Manque d'efficacité des traitements essayés <input type="checkbox"/> Recherche d'un traitement complémentaire <input type="checkbox"/> Recherche d'un traitement facile à utiliser <input type="checkbox"/> Recherche d'un traitement sécuritaire <input type="checkbox"/> Recherche d'un traitement naturel <input type="checkbox"/> Autres: _____

Initiales du patient: \_\_\_\_\_



## QUESTIONNAIRE POST -COMMERCIALISATION

B- UTILISATION DE DERMYLEX<sup>MC</sup>

	Après une bouteille (1 mois)	Après 2 bouteilles (2 mois)
7- Avez-vous suivi la dose quotidienne recommandée, soit 2 comprimés de 400mg / jour? Si non, quelle dose avez-vous utilisée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, dose : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, dose : _____
8- Avez-vous interrompu votre consommation de Dermylex <sup>MC</sup> plus de 5 jours consécutifs? Si oui, pendant combien de temps et pourquoi?	<input type="checkbox"/> Oui : _____ <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : _____ <input type="checkbox"/> Non
9- Avez-vous utilisé un autre traitement topique contre le psoriasis (Dovonex, Dovobet, Tazorac...) pendant la prise du Dermylex <sup>MC</sup> ?	<input type="checkbox"/> Oui, lesquels : _____ <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, lesquels : _____ <input type="checkbox"/> Non
10- Avez-vous utilisé d'autre médication d'ordre général (non mentionnée à la question 9) pendant la prise de Dermylex <sup>MC</sup> (photothérapie, oral, produit naturel...)?	<input type="checkbox"/> Oui, spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> Non
11- Quantifiez la sévérité de votre psoriasis par rapport à AVANT l'utilisation de Dermylex <sup>MC</sup> . (Voir question 4, encerclez un chiffre)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Faible Sévère	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Faible Sévère
12- Quantifiez l'intensité de vos démangeaisons par rapport à AVANT l'utilisation de Dermylex <sup>MC</sup> . (Voir question 5, encerclez un chiffre)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Faible Sévère	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Faible Sévère
13- Avez-vous modifié la fréquence et/ou la quantité des autres traitements topiques pendant la prise de Dermylex <sup>MC</sup> ? (Encerclez un chiffre) (0 = aucun changement)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5 Diminuée Augmentée	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5 Diminuée Augmentée
14- Quel est votre degré de satisfaction suite à l'utilisation de Dermylex <sup>MC</sup> ? (Encerclez un chiffre)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peu Très satisfait	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peu Très satisfait
15- Considérez-vous que Dermylex <sup>MC</sup> ait contribué à améliorer votre qualité de vie en ce qui a trait à votre psoriasis? (Encerclez un chiffre)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5 Diminuée Augmentée	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5 Diminuée Augmentée
16- Avez-vous noté d'autres changements positifs et/ou négatifs lors de l'utilisation de Dermylex <sup>MC</sup> ? (Ex : sommeil, appétit, aspect de la peau, etc....)	<input type="checkbox"/> Oui, lesquels : _____ <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, lesquels : _____ <input type="checkbox"/> Non

Utiliserez-vous Dermylex<sup>MC</sup> de nouveau?  Oui  Non Pourquoi? \_\_\_\_\_

Voyez-vous régulièrement un dermatologue pour votre psoriasis?  Oui, chaque \_\_\_ mois  Non, mon médecin de famille  
 Non, un autre professionnel  Non, Je m'en occupe par moi-même

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Téléphone\* : \_\_\_\_\_

\* Information facultative

Retourner le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante : Advitech inc, 1165 boul. Lebourgneuf, Suite 140, Québec, Québec, G2K 2C9.  
Par Fax : 418-686-2446 Par courriel : [info@dermylex.com](mailto:info@dermylex.com) Ou remplir la version électronique disponible sur [www.dermylex.com](http://www.dermylex.com).

Initiales du patient: \_\_\_\_\_