

Besremi® (Ropeginterferon alfa-2b)

Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil

Limitatio voir liste des spécialistes sur www.spezialitaetenliste.ch

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: Numéro de l'assuré(e):

Adresse de l'assurance (service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Diagnostic:

Le/la patient(e) est atteint(e) de polycythémie vraie sans splénomégalie symptomatique et avec indication de traitement cytoréducteur.

Indication de traitement cytoréducteur:

Statut à haut risque selon les directives de l'OMS (âge > 60 ans ou antécédents d'événement cardiovasculaire)

Faible réponse ou mauvaise tolérance à la phlébotomie

Splénomégalie évolutive (asymptomatique)

Plaquettes >1000 x 10⁹/L / leucocytes > 10x 10⁹/L

Hémoglobine:

Hématocrite:

Leucocytes:

Plaquettes:

JAK2V617F détecté par test génétique: Oui Non

Concernant la thérapie précédente : ce qui a été fait jusqu'à présent (y compris la période et les informations sur les effets):

Remarques:

Médecin requérant:

Nom: Prénom:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

Exerçant à l'hôpital, donner le nom de l'hôpital: Département:

Dat4: