

Cinqaero® (Reslizumab)

Demande de garantie de paiement des coûts au début de la thérapie (première prescription)

Limitatio: À la suite de la garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Seuls les médecins spécialistes en pneumologie, en allergologie et en immunologie sont en droit de prescrire ce médicament. À une dose ne dépassant pas 3 mg/kg une fois toutes les quatre semaines, chez l'adulte d'au moins 18 ans, en traitement additionnel de l'asthme éosinophilique sévère caractérisé par les critères suivants:

Taux sanguin d'éosinophiles $\geq 0,4$ G/l et au moins 4 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois malgré un traitement de palier GINA 4 aux doses maximale (corticostéroïdes inhalés à haute dose en association avec un traitement de fond complémentaire), ayant exigé un traitement intermittent par des corticostéroïdes systémiques

OU

Taux sanguin d'éosinophiles $\geq 0,4$ G/l avant l'instauration d'un traitement par des corticostéroïdes systémiques et au moins 2 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois chez des patients ou patientes qui ont eu besoin d'un traitement de fond d'au moins 6 mois par des corticostéroïdes systémiques (palier GINA 5) au cours des 12 derniers mois pour atteindre un contrôle de la maladie.

Une évaluation du succès thérapeutique par un médecin spécialiste en pneumologie, allergologie ou immunologie doit être faite au plus tard après 8 administrations et annuellement par la suite.

La poursuite du traitement après cette évaluation exige une nouvelle garantie de prise en charge sous couvert de confirmation du succès thérapeutique. Un succès thérapeutique est caractérisé comme suit:

Dans le cas d'un traitement de palier GINA 4: réduction d'au moins 50 % des exacerbations par rapport au début du traitement, puis maintien ou réduction du taux d'exacerbations atteint,

OU

Dans le cas d'un traitement de palier GINA 5 par des corticostéroïdes systémiques: réduction du taux d'exacerbations sous une dose inchangée ou réduite de corticostéroïdes oraux, puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations sous une dose stable de corticostéroïdes oraux

OU taux d'exacerbations inchangé ou réduit après réduction de la dose de corticostéroïdes oraux à 50 % de la dose initiale (en équivalent de prednisone), puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations en poursuivant la corticothérapie à cette nouvelle dose ou à une dose encore plus faible

OU passage à un traitement de palier GINA 4 lors d'un nombre maximal de 2 exacerbations par an, puis maintien ou réduction supplémentaire du taux d'exacerbations par la suite.

Ne pas utiliser en association avec d'autres anticorps monoclonaux pour le traitement de l'asthme sévère.

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom: Prénom: né(e) le:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° de l'assuré(e)::

Adresse Assurance (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales (exclusivement destinées au médecin-conseil):

Asthme éosinophilique sévère selon Palier GINA 4 Palier GINA 5

Si le palier GINA 4 entre en ligne de compte, veuillez répondre:

Corticostéroïdes inhalés à haute dose plus contrôleur supplémentaire, veuillez mentionner, Préparation(s) et posologie(s):

Traitement intermittent par corticostéroïdes systémiques. Veuillez mentionner: Préparation, posologie:

Préparation: Posologie:

Nombre d'éosinophiles dans le sang (G/l) ≥ 0.4 au cours des 12 derniers mois: Laboratoire du (date):

Nombre d'éosinophiles:

≥ 4 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois malgré la posologie max. possible. Nombre:

Si le palier GINA 5 entre en ligne de compte, veuillez répondre:

Corticostéroïdes inhalés à haute dose plus contrôleur supplémentaire. Veuillez mentionner:

Préparation:

Posologie:

Traitement par corticostéroïdes systématiques d'au moins 6 mois au cours de l'année dernière. Veuillez mentionner:

Préparation:

Posologie:

Nombre d'éosinophiles dans le sang (G/l) ≥ 0.4 au cours des 12 derniers mois: Laboratoire du (date):

Nombre d'éosinophiles:

≥ 2 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois malgré la posologie max. possible. Nombre:

En général, remarques, compléments d'information

Médecin-traitant:

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:

Département:

Date: