

Sativex® (THC/CBD)

Prise en charge des coûts pour Sativex – essai thérapeutique primaire

Autorisation par Swissmedic (extrait): Sativex est utilisé pour améliorer les symptômes de la spasticité modérée à sévère due à une sclérose en plaques (SEP) chez les patients qui n'ont pas répondu de manière adéquate aux autres traitements antispastiques et qui ont montré une amélioration cliniquement pertinente des symptômes liés à la spasticité lors d'une tentative initiale de traitement. (Voir aussi Swissmedicinfn).

Données du patient:

Nom: Prénom: Date de naissance:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assureur-maladie: Numéro d'assuré(e)::

Adresse de l'assureur : Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Demande:

Le patient/la patiente souffre de sclérose en plaques avec une spasticité modérée à sévère. Je vous prie de bien vouloir examiner la prise en charge des coûts pour Sativex®: - si un essai thérapeutique primaire avec Sativex® n'est pas positif, la thérapie sera cédée. L'essai thérapeutique primaire s'étend normalement à un paquet ou à dire deux mois au maximum.

Tableau actuel des symptômes: Date de l'examen clinique:

Graduation de la spasticité avant le début du traitement avec Sativex®:

Thérapies médicales antispastiques précédents:

Raison pour changer à Sativex®:

L'efficacité de la thérapie médicale antispastique actuelle est insuffisante

Intolérance à d'autres thérapies médicales antispastiques, parce que:

Evaluation des principaux symptômes de la spasticité par le médecin (Numeric Rating Scale NRS):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(1: absence de spasticité / 10: spasticité sévère)

Modified Ashworth Scale/muscle

0 1 2 3 4 5 (0: tonus musculaire non augmenté / 5: raideur des endroits concernés)

Daily Mean Spasm Score:

Degré 0: pas de spasmes
 Degré 1: spasmes provoqués par stimulation
 Degré 2: spasmes < 1/heure
 Degré 3: spasmes > 1/heure
 Degré 4: spasmes > 10/heure

Autres symptômes de spasticité :

Douleurs oui non
Troubles de sommeil oui non
Troubles fonctionnels vésicale oui non

Remarques:

Médecin requérant:

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tel.

Fax:

E-Mail:

S'il s'agit d'un hôpital, ajouter son nom:

Service:

Date:

(Voir aussi [Swissmedicinfo](#).)