

Soliris® (Eculizumab)

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

Pour le traitement des adultes atteints d'une maladie du spectre de la neuromyéélite optique (NMOSD), qui sont positifs aux anticorps anti-Aquaporin-4 (AQP4) et qui présentent une évolution par poussées de la maladie (voir "Propriétés/Effets").
Ce formulaire n'est pas adapté à d'autres indications.

Voir aussi l'information professionnelle Swissmedic sous www.swissmedicinfo.ch

Données de la patiente / du patient:

Nom: Prénom: Date de naissance:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assureur-maladie:

Numéro d'assuré(e):

Adresse de l'assureur (service du MC ou médecin-conseil): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Le/la patient(e) souffre d'une maladie du spectre de la neuromyéélite optique (NMOSD), qui est positive pour les anticorps anti-aquaporine 4 (AQP4) et présente une évolution par poussées de la maladie.

Il s'agit de:

Prescription initiale Suivi de l'évolution après mois

Traitement(s) précédent(s): du (MM/AAAA) au (MM/AAAA) Informations sur l'efficacité:

Traitement(s) précédent(s): du (MM/AAAA) au (MM/AAAA) Informations sur l'efficacité:

Traitement(s) précédent(s): du (MM/AAAA) au (MM/AAAA) Informations sur l'efficacité:

Traitement(s) précédent(s): du (MM/AAAA) au (MM/AAAA) Informations sur l'efficacité:

Traitement(s) précédent(s): du (MM/AAAA) au (MM/AAAA) Informations sur l'efficacité:

Si d'autres traitements antérieurs ont été suivis, veuillez les ajouter ici :

Nombre de rechutes au cours des 24 derniers mois:

Description des rechutes:

Remarques/compléments d'information:

Justification du choix thérapeutique avec Soliris (car ne figurant pas dans la liste des spécialités.) Veuillez également joindre la littérature correspondante):

Médecin requérant

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date: