

Harvoni® (Ledipasvir/Sofosbuvir)

Limitatio:

Harvoni est indiqué pour le traitement de l'hépatite C chronique (HCC) de génotype 1 chez les adultes qui répondent aux critères suivants:

- fibrose hépatique de degré 2, 3 ou 4 prouvée par biopsie (score Métavir) ou rigidité accrue du foie de ≥ 7.5 kPa mesurée deux fois à intervalle d'au moins 3 mois au moyen de Fibroscan.

- patients symptomatiques présentant une manifestation extrahépatique de l'hépatite C indépendamment des lésions hépatiques.

- patients avec cirrhose décompensée et/ou patients avant ou après une transplantation du foie.

La durée maximale de remboursement est à limiter comme ceci:

- patients naïfs de tout traitement sans cirrhose avec fibrose hépatique de degré 2 et charge virale < 6 millions U.I./ml: 8 semaines

- patients naïfs de tout traitement sans cirrhose avec fibrose hépatique de degré 3 et charge virale < 6 millions U.I./ml: 8 à 12 semaines

- patients naïfs de tout traitement sans cirrhose avec charge virale > 6 millions U.I./ml: 12 semaines

- patients naïfs de tout traitement avec cirrhose: 12 semaines

- patients pré-traités sans cirrhose: 12 semaines

- patients pré-traités avec cirrhose: 12 à 24 semaines.

La prescription doit se faire exclusivement par des spécialistes en gastro-entérologie, en particulier les détenteurs du titre hépatologue ou par des spécialistes en infectiologie ainsi que par des médecins sélectionnés expérimentés en toxicomanie et dans le traitement de l'HCC. La liste correspondante des médecins expérimentés en toxicomanie et dans le traitement de l'HCC est consultable à l'adresse suivante: <http://www.bag.admin.ch/lis-ref>.

Les thérapies combinées avec d'autres médicaments contre l'hépatite C ne sont pas remboursées.

Données du patient:

Nom:

Prénom:

né le:

sexe:

 ♀ ♂

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Assurance:

N° d'assurance:

Adresse Assureur (service de médecin-conseil ou MC)

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Il s'agit d'un patient (une patiente) avec VHC chronique du génotype 1.

Es-ce que le patient a un degré de fibrose \geq F2 (Metavir-Score) ou Fibroscan >7.5 kPa?

Oui Non

Es-ce que le patient a une manifestation extrahépatique?

Oui Non

Si oui, lesquelles:

Patient(e) avant ou après une transplantation du foie. Procédure prévu :

Patient(e) avec cirrhose décompensée. Procédure prévu:

Remarques/compléments:

Médecin formulant la demande:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date:.....

Timbre et signature:.....