

Sovaldi® (Sofosbuvir)

Limitatio:

Chez les patients atteints d'hépatite C chronique (HCC) en association avec la ribavirine ou en association avec le peginterferon alfa et la ribavirine ou pour le genotype 3 en association avec le Daclatasvir, qui répondent à un des 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. Le remboursement doit être limité à 24 semaines au maximum. Les patients atteints d'HCC attendant une transplantation du foie peuvent être traités jusqu'à la transplantation du foie. Les risques potentiels et le bénéfice pour ces patients doivent être évalués au cas par cas. 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/si-ref>

Données du patient:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	né le:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		
Assurance:	<input type="text"/>	N° d'assurance:	<input type="text"/>		
Adresse Assureur (service de médecin-conseil ou MC)	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

Il s'agit d'un patient (une patiente) avec le génotype du VHC chronique suivant:

1 2 3 4 5 6

Es-ce que le patient a un degré de fibrose \geq F2?

Oui Non

Es-ce que le patient a une manifestation extrahépatique?

Oui Non

Si oui, lesquelles:

Patient(e) attend une transplantation de foie?

Oui Non

Remarques/compléments:

Médecin formulant la demande:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Exerçant à l'hôpital, ajoutez le nom de l'hôpital:	<input type="text"/>	Département:	<input type="text"/>
Date:	<input type="text"/>		

Timbre et signature:.....