

**Trikafta® (elexacaftor, tezacaftor, ivacaftor)**

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

Limitatio: voir liste des spécialités ([lien](#)).**Données de la patiente / du patient:**Nom:  Prénom:  Né(e) 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: **Données médicales (à l'intention exclusivement du médecin-conseil):** La patiente / le patient susmentionné(e) présente une mucoviscidose. La présence d'au moins une mutation *F508del* du gène *CFTR* a été confirmée**État de santé actuel (1 critère de 5 doit s'appliquer):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> VEMS <90% avant le début du traitement   | <input type="checkbox"/> plusieurs exacerbations pulmonaires par an   |
| <input type="checkbox"/> administration régulière d'antibiotiques | <input type="checkbox"/> lésions pulmonaires prouvées par procédé d'imagerie (CT ou IRM) avant le début du traitement |

 La patiente / le patient a été traité(e) pendant plusieurs mois par KALYDECO, ORKAMBI ou SYMDEKO conformément à la limitation de la Liste des spécialités.

Le diagnostic, la prescription initiale et la surveillance du traitement ont été/sont effectués par un centre disposant de l'expérience dans le traitement de la mucoviscidose (voir limitatio)

Nom:  Lieu:  Conseil diététique avant le début du traitement et une physiothérapie respiratoire et une thérapie par inhalation existantes et à poursuivre Documentation de l'évolution du traitement dans le registre européen de mucoviscidose**Début du traitement par Trikafta®:** Le traitement commence (MM/AAAA):  Le traitement est en cours depuis(MM/AAAA): **Commentaires, informations supplémentaires:****Médecin requérant:**Nom:  Prénom: Rue:  NPA:  Lieu: Tél.  Fax:  E-Mail: Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département: Date: