

APO-go sol Inj 30 mg/3 ml Pen® (Apomorphini hydrochloridum hemihydricum)

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

Limitatio: Après demande de prise en charge auprès de la caisse maladie suite à la consultation préalable du médecin-conseil concernant le traitement sous-cutané sur demande de patients atteints de la maladie de Parkinson présentant des fluctuations motrices on-off en plus du traitement oral, pour raccourcir la durée Off quotidienne.

Les patients doivent être en mesure d'identifier eux-mêmes le début de leurs symptômes Off et d'assurer l'auto-administration avec le stylo injecteur ou disposer de l'aide d'une personne en mesure de le faire.

La prescription et la surveillance du traitement doivent être assurées exclusivement par un médecin spécialisé en neurologie et expérimenté dans le traitement de la maladie de Parkinson.

Données de la patiente / du patient:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: Numéro de l'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Dates médicales

Patient(e) atteints de la maladie de Parkinson présentant des fluctuations motrices on-off malgré un traitement oral personnalisé.

Thérapie demandée : traitement à la demande avec APO-go Inj Lös 30 mg/3 ml Pen en plus du traitement oral personnalisé.

Indiquer le traitement médicamenteux oral actuel par rapport à la fluctuation on-off :

La/le patient(e) peut-il reconnaître lui-même le début des symptômes OFF? Oui Non

Le patient peut-il s'administrer lui-même le produit à l'aide du stylo ou un accompagnateur est-il disponible? Oui Non

Compléments/Remarques:

Médecin requérant

Est un médecin spécialiste en neurologie avec expérience dans le traitement de la maladie de Parkinson.

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

Exerçant à l'hôpital, donner le nom de l'hôpital: Département:

Date: