

Cinqaero® (Reslizumab)

Demande de garantie de paiement des coûts pour la poursuite de la thérapie

Limitatio: À la suite de la garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Seuls les médecins spécialistes en pneumologie, en allergologie et en immunologie sont en droit de prescrire ce médicament. À une dose ne dépassant pas 3 mg/kg une fois toutes les quatre semaines, chez l'adulte d'au moins 18 ans, en traitement additionnel de l'asthme éosinophilique sévère caractérisé par les critères suivants:

Taux sanguin d'éosinophiles $\geq 0,4$ G/l et au moins 4 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois malgré un traitement de palier GINA 4 aux doses maximale (corticostéroïdes inhalés à haute dose en association avec un traitement de fond complémentaire), ayant exigé un traitement intermittent par des corticostéroïdes systémiques

OU

Taux sanguin d'éosinophiles $\geq 0,4$ G/l avant l'instauration d'un traitement par des corticostéroïdes systémiques et au moins 2 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois chez des patients ou patientes qui ont eu besoin d'un traitement de fond d'au moins 6 mois par des corticostéroïdes systémiques (palier GINA 5) au cours des 12 derniers mois pour atteindre un contrôle de la maladie.

Une évaluation du succès thérapeutique par un médecin spécialiste en pneumologie, allergologie ou immunologie doit être faite au plus tard après 8 administrations et annuellement par la suite.

La poursuite du traitement après cette évaluation exige une nouvelle garantie de prise en charge sous couvert de confirmation du succès thérapeutique. Un succès thérapeutique est caractérisé comme suit:

Dans le cas d'un traitement de palier GINA 4: réduction d'au moins 50 % des exacerbations par rapport au début du traitement, puis maintien ou réduction du taux d'exacerbations atteint,

OU

Dans le cas d'un traitement de palier GINA 5 par des corticostéroïdes systémiques: réduction du taux d'exacerbations sous une dose inchangée ou réduite de corticostéroïdes oraux, puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations sous une dose stable de corticostéroïdes oraux

OU taux d'exacerbations inchangé ou réduit après réduction de la dose de corticostéroïdes oraux à 50 % de la dose initiale (en équivalent de prednisone), puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations en poursuivant la corticothérapie à cette nouvelle dose ou à une dose encore plus faible

OU passage à un traitement de palier GINA 4 lors d'un nombre maximal de 2 exacerbations par an, puis maintien ou réduction supplémentaire du taux d'exacerbations par la suite.

Ne pas utiliser en association avec d'autres anticorps monoclonaux pour le traitement de l'asthme sévère.

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom: Prénom: né(e) le:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° de l'assuré(e):

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

NPA: Lieu:

Données médicales (exclusivement destinées au médecin-conseil):

Confirmation de la réussite de la thérapie: après 8 administrations (8 mois) tous les ans

Asthme éosinophilique sévère selon: Palier GINA 4 Palier GINA 5

Pour autant que l'asthme éosinophilique sévère selon le palier GINA 4 entre en ligne de compte, veuillez répondre:

Réduction des exacerbations de $\geq 50\%$ par rapport au début du traitement et puis maintien ou réduction du taux d'exacerbations atteint s'applique ne s'applique pas

Au cours des 8, resp. 12 derniers mois: Exacerbationen

Au cours des 12 derniers mois avant le début de la thérapie: Exacerbationen

Remarques, compléments d'information:

Pour autant que l'asthme éosinophilique sévère selon le palier GINA 5 entre en ligne de compte, veuillez répondre

Réduction du taux d'exacerbations sous une dose inchangée ou réduite de stéroïdes oraux, puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations sous une dose stable de stéroïdes oraux

OU

Taux d'exacerbations inchangé ou réduit après réduction de la dose de stéroïdes oraux à 50% de la dose initiale d'équivalents de la prednisone, puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations à cette nouvelle dose de stéroïdes ou à une dose encore plus faible

OU

Passage à un traitement de palier GINA 4 lors d'un nombre maximal de 2 exacerbations par an et

Exacerbations:

Au cours des 8, resp. 12 derniers mois:

Exacerbations

Au cours des 12 derniers mois avant le début de la thérapie:

Exacerbations

Dose orale de stéroïdes:

Au cours des 8, resp. 12 derniers mois:

Préparation:

Posologie:

Dans les 12 mois avant le début de la thérapie:

Préparation:

Posologie:

Remarques, compléments d'information:

Médecin-traitant:

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu

Tél.:

E-Mail:

Exercant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:

Département:

Date: