

Pour le demande de remboursement: demandée est Cuvitru® y compris MiGel 03, **aide d'application:** pompe à perfusion pour administration sous-cutanée d'immunoglobuline à domicile (03.06.01.00.1), set de perfusion avec aiguille (03.07.15.05.1) et réservoir de pompe à perfusion (03.06.10.05.1)

Limitatio: Pour le traitement des syndromes provoqués par l'absence d'anticorps. Prise en charge si la caisse a donné une garantie spéciale.

Données du patient/de la patiente:

Nom: Prénom: Né(e) le:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: No d'assurance:

Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales:

La patiente / Le patient souffrait d'un syndrome de déficit en anticorps. Nous demandons la prise en charge des coûts pour une thérapie à long terme avec Cuvitru®.

Il s'agit d'un:

- Déficit immunitaire primitifs avec production défailante d'anticorps
- Déficit immunitaire secondaire (DIS) chez les patients souffrant d'infections sévères ou récurrentes, ou sous traitement antimicrobien inefficace, et présentant soit un déficit avéré des anticorps spécifiques (DAAS, proven specific antibody failure)*, soit un taux d'IgG sérique de < 4 g/l.

Dosage: Poids (kg): Dosage (en grammes par kg de poids corporel):

Intervalle: tous les jours tous les semaines

autre, à savoir:

Durée prévue jusqu'à l'évaluation de la réponse (en semaines):

Remarques:

Médecin requérant:

Nom: Prénom:

Adresse: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

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

Date: