

Cytotect® Biotest

Demande de garantie de prise en charge au médecin-conseil

Orphan drug status au 30.01.2007 Cytotect® pour la prévention des infections congénitales au cytomégalovirus (CMV) suite à une primo-infection chez la femme enceinte
<http://www.swissmedic.ch/daten/00081/index.html?lang=fr>

Je demande cette garantie de prise en charge pour l'immunoglobuline Cytotect®Biotest pour les raisons suivantes: Rapport de laboratoire:

Infection au CMV pendant la grossesse

Cochez la case correspondante

- CMV Ig M positive
 CMV Ig G négative
 CMV Ig G positive

Cochez la case correspondante

- CMV IgG avidité sans résultats
 CMV IgG avidité faible
 CMV IgG avidité élevée

Interprétation:

Demande de garantie de prise en charge:

IgG+ IgM + avidité faible: Primo-infection. Risque élevé de transmission intra-utérine

Prise de médicament: indiquée

Pas de demande de garantie de prise en charge:

IgG- IgM + avidité sans résultats: primo-infection: refaire un test dans 3 semaines.

Prise de médicament: non-indiquée

IgG+ IgM- avidité sans résultats: pas de primo-infection. Risque de transmission intra-utérine faible.

Prise de médicament: non-indiquée

IgG+ IgM+ avidité élevée: réinfection. Faible risque de transmission *intra-utérine*.

Prise de médicament: non-indiquée

Dosage: Cytotect® Biotest administration unique 200 IU (4 ml) kg de poids corporel maternel

Données personnelles:

Nom	Prénom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue	Lieu	NPA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

l'assureur:

nom de l'assureur	Numéro d'assuré
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse de l'assureur (Service de médecin-conseil ou mc)	Numéro de Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Médecin demandeur:

Nom	Prénom	Rue
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu	NPA	Tél. pour des renseignements complémentaires
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date:.....

timbre/signature:.....