

EVENTITY® (Romosozumab)

Demande de prise en charge des coûts

Limitatio: voir Liste des spécialités

 Première demande de prise en charge La patiente a démarré le traitement avant l'admission LS**Données de la patiente:**

Nom:

Prénom:

née le:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Assurance-maladie:

Numéro d'assurée:

Adresse Assurance (Service du MC ou MC):

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Diagnostic/données médicales:

Patiente post-ménopausée avec une ostéoporose sévère et présentant l'un des 3 profils suivants:

un risque imminent de fracture tel que défini par les recommandations de l'ASCO 2020, c'est-à-dire un antécédent de fracture ostéoporotique majeure (vertèbre, hanche, bassin ou humérus) datant de moins de 24 mois, **associé à un T-Score \leq -3.5** (mesuré au niveau de la colonne vertébrale ou de la hanche)

ou

un risque très élevé de fracture tel que défini par les recommandations de l'ASCO 2020, c'est-à-dire que la probabilité de fracture ostéoporotique majeure sur 10 ans, évaluée à l'aide de l'outil FRAX, doit être supérieure d'au moins 20% au seuil d'intervention thérapeutique, quel que soit l'âge

ou

un antécédent d'**au moins 2 fractures ostéoporotiques majeures**.

en plus:

aucun historique d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral.

Compléments/Remarques:

Médecin demandeur:

Nom:

Prénom:

Adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date: