

EVENTITY® (Romosozumab)

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

(Autorisation: voir www.swissmedicinfo.ch)

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance-maladie: Numéro d'assuré(e):

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

NPA: Lieu:

Données médicales:

Patient/Patiente présentant une ostéoporose sévère. Aucun historique d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral.

Risque **imminent de fracture** défini par un antécédent de fracture ostéoporotique majeure (hanche, vertèbre, bassin, humérus, radius) \leq 24 mois

Nombre: Localisations: T-Score > -3.5 / Valeur(s) T-score récente(s)

Risque élevé de fracture défini par: Valeur T-Score récente(s):

Antécédent de fracture(s) ostéoporotique(s):

MOF (s) Nombre: Localisations:

Fractures ostéoporotiques non-majeures Nombre Localisations:

Thérapies précédentes

Aucune SERMs Denosumab Calcium & Vit D

Bisphosphonate Teriparatide

Historique et informations sur les effets du ou des traitements précédents ou sur les contre-indications ou l'intolérance:

Alternatives thérapeutiques? Justification de la pose d'indication pour EVENTITY (veuillez joindre les publications):

Médecin demandeur:

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

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

Date: