

Limitatio (Extrait pour première prescription):

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, allergologie et immunologie ont le droit de prescrire ce médicament. En tant que traitement adjuvant à une posologie de maximum 30 mg de Fasenra sous forme d'injection sous-cutanée toutes les quatre semaines pour les trois premières doses et ensuite toutes les 8 semaines chez l'adulte à partir de 18 ans atteint d'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 maximales (corticostéroïdes inhalés à haute dose en association avec des contrôleur supplémentaires) ayant exigé un traitement intermittent par des corticostéroïdes systémiques

ODER

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 d'entretien 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 5 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. (voir aussi [LS](#))

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):

Asthme éosinophilique sévère selon

Palier GINA 4

Palier GINA 5

Si le palier GINA 4 entre en ligne de compte, veuillez répondre:

Corticostéroïdes inhalés à haute dose plus contrôleur supplémentaire. Veuillez mentionner:

Préparation:

Posologie:

Traitement intermittent par corticostéroïdes systémiques. Veuillez mentionner: Préparation, posologie:

Préparation:

Posologie:

Nombre d'éosinophiles dans le sang (G/l) ≥ 0.4 au cours des 12 derniers mois: Laboratoire du (date):

Nombre d'éosinophiles:

 ≥ 4 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois malgré la posologie max. possible. Nombre:

Remarques, compléments d'information:

Si le palier GINA 5 entre en ligne de compte, veuillez répondre:

Corticostéroïdes inhalés à haute dose plus contrôleur supplémentaire. Veuillez mentionner:

Préparation: Posologie:

Traitement par corticostéroïdes systématiques d'au moins 6 mois au cours de l'année dernière. Veuillez mentionner:

Préparation: Posologie:

Nombre d'éosinophiles dans le sang (G/l) ≥ 0.4 au cours des 12 derniers mois: Laboratoire du (date):

Nombre d'éosinophiles:

≥ 2 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois malgré la posologie max. possible. Nombre:

Remarques, compléments d'information:

Médecin-traitant:

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

E-Mail:

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

Département:

Date: