

HyQvia® (Immunoglobulinum humanum normale)

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

Demande de prise en charge des coûts pour HyQvia® (Immunglobulin humanum normale)

Concernant la demande de prise en charge: Nous demandons la prise en charge de HyQvia®, y compris les articles de la liste des moyens et appareils (MiGeL) 03.06 Pompes à perfusion : Pompe à perfusion, portable (03.06.01.00.1), kit de perfusion, réservoir.

Limitatio: Pour le traitement des syndromes provoqués par l'absence d'anticorps et de la polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique (CIDP). Prise en charge si la caisse a donné une garantie spéciale.

Informations personnelles du patient/de la patiente:

Nom:	Prénom:	né(e) le:
Sexe:	Rue:	Complément d'adresse:
<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂		
NPA:	Lieu:	
Assurance maladie:	Numéro d'assuré	
Adresse Assurance (Service du MC 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 HyQvia®.
- Il s'agit d'un:
- Déficit immunitaire primitif avec altération de la production 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.
- La patiente/le patient souffre d'une **polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique (PIDC)**. Une demande de prise en charge des coûts pour un traitement d'entretien avec HyQvia® après stabilisation par des immunoglobulines administrées par voie intraveineuse (IVIg) est soumise.

Dosage:

Poids (kg):	Dosage en g par kg de poids corporel
Intervalle: 1x toutes les	Semaines Autre, à savoir:

Remarques/Compléments:

--	--

Médecin formulant la demande:

Nom:	Prénom:	
Rue:	Complément d'adresse:	
NPA:	Lieu:	Tél.:
Fax:	E-Mail:	
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:		Département:
Date:		