

Invokana® (Canagliflozinum)

Vokanamet® (Canagliflozinum/Metformini)

Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil (Traitement associé prévu avec un antidiabétique qui requiert une demande de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie)

Invokana® Limitatio: Pour le traitement des patients souffrant de diabète de type 2, lorsqu'un régime et une augmentation de l'exercice physique ne permettent pas d'obtenir un contrôle glycémique suffisant. En monothérapie chez les patients ne pouvant pas être traités par la metformine. En association avec la metformine, avec une sulfonylurée (avec ou sans metformine) ou avec l'insuline (avec ou sans metformine), lorsque ces traitements ne permettent pas d'obtenir un contrôle glycémique suffisant. Les traitements associés avec d'autres antidiabétiques nécessitent en premier lieu l'accord de prise en charge de la caisse maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Vokanamet® Limitatio: Pour le traitement des patients souffrant de diabète de type 2. Pour les patients qui ne peuvent être stabilisés qu'insuffisamment avec les traitements oraux existants ou ne les supportent pas. En combinaison avec une sulfonylurée ou de l'insuline lorsqu'aucun contrôle suffisant de la glycémie n'est atteint par la dose maximale tolérée de metformine et de sulfonylurée ou d'insuline. Pour les patients qui sont déjà traités par canagliflozine et metformine en comprimés séparés. Les thérapies combinées avec d'autres antidiabétiques oraux, mis à part les sulfonylurées, exigent la prise en charge spéciale des assurances-maladie suite à une consultation du médecin-conseil.

Données du patient:

Nom: Prénom: né le:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° d'assurance:

Adresse Assureur (service de médecin-conseil ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):

Taille (cm): Poids (kg): Pression artérielle (mm Hg):

Pouls (1/min): Diagnostic de diabète de type 2 (mois/année):

Médication actuelle pour traiter le diabète de type 2 (médication/depuis quand):

HbA_{1c} actuel: Glycémie à jeun: Glycémie post prandiale:

Volume intravasculaire: DFGe (ml/min/1.73m²) ou clairance à la créatinine:

Je demande une prise en charge des coûts pour le traitement associé avec (veuillez cocher la case correspondante):

Invokana® 100 mg 300 mg

Vokanamet® 50/850mg 50/1000mg 150/850mg 150/1000mg **avec:**

Inhibiteur de la DPP-4 Produit:

analogue du GLP-1 Produit:

glinide Produit:

inhibiteur de l' α -glucosidase Produit:

glitazone Produit:

Raisons:

Remarques, informations complémentaires:

Le patient/la patiente conduit pour des raisons professionnelles:

Oui

Non

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:.....

Timbre et signature:.....