

Limitatio: voir Liste des spécialités

La ou les demandes portent sur

Comprimés pelliculés (possible pour les enfants à partir de 6 ans)

Granulés (possible pour les enfants à partir de 4 mois)

Données personnelles du/de la patient/e:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

sexe :

 ♀ ♂

poid:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Assureur-maladie:

Numéro d'assuré(e):

Adresse de l'assureur (SMC ou médecin-conseil):

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil): La patiente/le patient susmentionné(e) présente une mucoviscidose.Une des mutations du gène *CFTR* suivantes est présente:*G551D**G1244E**G1349D**G178R**G551S**S1251N**S1255 P**S549N**S549R**R117H*

Informations sur le début du traitement par Kalydeco®:

La thérapie recommence le (MM/JJJJ):

Thérapie en cours depuis (MM/JJJJ):

Remarques/Compléments

Médecin requérant

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

S'il s'agit d'un hôpital, ajouter son nom:

Service:

Date:

Voir aussi [LS](#)