

Orkambi® (Lumacaftor und Ivacaftor)

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

Limitatio: voir [LS](#)

Données du patient:

Nom: Prénom: Né(e) 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 (à l'intention exclusivement du médecin-conseil):

Le patient susmentionné présente une mucoviscidose. La présence d'une mutation *F508del* sur les deux allèles a été confirmée par un test validé de génotypage.

État de santé actuel (au moins 1 critère doit s'appliquer):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> VEMS < 90% avant le début du traitement | <input type="checkbox"/> plusieurs exacerbations pulmonaires par an |
| <input type="checkbox"/> administration régulière d'antibiotiques | <input type="checkbox"/> lésions pulmonaires prouvées par procédé d'imagerie (CT ou IRM) avant le début du traitement |

Confirmation:

- conseil diététique avant le début du traitement et une physiothérapie respiratoire et une thérapie par inhalation existantes et à poursuivre
- Documentation de l'évolution du traitement dans le registre européen de mucoviscidose

Au début de la thérapie avec Orkambi:

La thérapie commence (MM/AAAA):

La thérapie est en cours depuis (MM/AAAA):

Commentaires, informations supplémentaires:

Médecin requérant:

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

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

Date: