

Skyclarys™ (Omaveloxolon) Demande de garantie de prise en charge des coûts à l'attention du médecin conseil/SMR

Limitatio (extrait): SKYCLARYS est remboursé chez les patients âgés de 16 ans ou plus présentant une ataxie de Friedreich génétiquement confirmée et un score mFARS supérieur ou égal à 20 et inférieur ou égal à 80. Limitatio complète voir www.spezialtaetenliste.ch

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:

On se trouve en présence d'une ataxie de Friedreich génétiquement confirmée.

Établissement du diagnostic (MM/AAAA):

Score mFARS

Au début du traitement: Mois 6 Mois 12 Mois 24 Mois 36

Limitatio (extrait): Le traitement par SKYCLARYS peut uniquement être poursuivi si, six mois après le début du traitement, une diminution du score mFARS est constatée ET si, 12/24/36 mois après le début du traitement, aucune augmentation du score mFARS égale ou supérieure à 1,5/3/4,5 points par rapport à la valeur de départ est observée. Si un critère d'interruption est atteint au mois 6, une interruption du traitement ne doit être envisagée que si une deuxième mesure du score mFARS, réalisée dans le mois suivant, confirme le résultat.

Compléments et indications sur la réponse et l'évolution thérapeutique jusqu'à présent:

Limitatio (extrait): SKYCLARYS ne peut être prescrit et administré que par un spécialiste en neurologie ou neuropédiatrie dans des centres hospitaliers spécialisés dans les maladies neuromusculaires appartenant au réseau Myosuisse (<https://myosuisse.org/mitglieder/netzwerk-members-centres-de-reference/>).

Nom du centre:

Médecin requérant:

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-mail:

Date: