

Soliris® (Eculizumab)

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

Pour le traitement des patients adultes atteints de myasthénie grave généralisée réfractaire (gMG) chez les patients positifs aux anticorps anti-récepteurs de l'acétylcholine (AChR). (voir "Caractéristiques/Effets"). Ce formulaire n'est pas adapté à d'autres indications.

Voir aussi l'information professionnelle Swissmedic sous www.swissmedicinfo.ch

Données de la patiente / du patient:

Nom: Prénom: Date de naissance:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assureur-maladie: Numéro d'assuré(e):

Adresse de l'assureur (service du MC ou médecin-conseil): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales:

La patiente / Le patient souffre d'une myasthénie grave généralisée réfractaire (gMG) avec anticorps positifs aux récepteurs de l'acétylcholine (AChR).

Il s'agit de:

Prescription initiale Suivi de l'évolution après mois

Traitement(s) précédent(s): du (MM/AAAA) au (MM/AAAA) Informations sur l'efficacité:

Traitement(s) précédent(s): du (MM/AAAA) au (MM/AAAA) Informations sur l'efficacité:

Traitement(s) précédent(s): du (MM/AAAA) au (MM/AAAA) Informations sur l'efficacité:

Traitement(s) précédent(s): du (MM/AAAA) au (MM/AAAA) Informations sur l'efficacité:

Traitement(s) précédent(s): du (MM/AAAA) au (MM/AAAA) Informations sur l'efficacité:

Si d'autres traitements antérieurs ont été suivis, veuillez les ajouter ici:

Évaluation clinique du patient (MG-ADL et score QMG):

MG-ADL mesuré le score (24 = charge de morbidité max.)

QMG mesuré le score (39 = charge de morbidité max.)

Précisions complémentaires (par exemple, obligation de ventilation, hospitalisations dans le passé, exacerbations):

Justification du choix thérapeutique avec Soliris (car ne figurant pas dans la liste des spécialités.) Veuillez également joindre la littérature correspondante):

Médecin requérant

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date: