## Données du patient: Prénom: né(e) le: Sexe: Complément d'adresse: Rue: $\square$ NPA: Lieu: Succursale Al: Numéro AVS: Adresse de la succursale (relatif SMR): Complément d'adresse: NPA: Lieu: ou, si la demande est soumise à l'assureur-maladie: Assurance-maladie: Numéro de l'assuré(e) Adresse Assurance (Service du MC ou MC): Complément d'adresse: NPA: Lieu: Données médicales (destinées au SMR ou au médecin-conseil): Pour prolonger le traitement avec Spinraza au-delà de 12 mois, une demande spécifique en ce sens doit être établie par le médecin traitent et soumise à nouveau au médecin-conseil. Médicament sollicité: Spinraza sol inj 12 mg/5ml Administration intrathécale de 12mg/5ml tous les 4 mois comme dose d'entretien Posologie: Début du traitement par Spinraza: Évaluation des fonctions corporelle du patient, mesurées par les instruments suivants: Avant-dernière examen: Dernière examen: Commentaire:: **CHOP-INTEND** HINE **HFMSE RULM** 6MWT Autre, à savoir Est-ce qui'il y avait des raisons pour l'arrêt du traitement avec Spinraza selon la limitation stipulée par l'OFSP: Le médecin traitant demande de poursuivre la thérapie avec Spinraza pour une autre année. Remarques/informations complémentaires:

Demande de prise en charge des coûts, prolongation

Spinraza® (Nusinersen)

Médecin requérant Nom:	Prénom:
Rue:	Complément d'adresse:
NPA: Lieu:	
Tél.:	E-Mail:
Exerçant à l'hôpital, donner le nom de l'hôpital:	Département:
Date: Limitatio: voir Liste des Spécialités	