

Données du patient:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance:

Assurance: Numéro de l'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales (à l'intention exclusivement du médecin-conseil)

Pour prolonger le traitement au-delà de 12 mois, une demande spécifique en ce sens doit être établie par le médecin traitant et soumise à nouveau au médecin-conseil de l'assurance-maladie.

Debut du traitement avec Spinraza:

Évaluation des fonctions corporelles du patient, mesurée par les instruments suivants:

| | Avant-dernier examen: | Dernier examen : | commentaire: |
|--|-----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> CHOP-INTEND | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> HFMS | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> HFMSSE | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> RULM | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 6MWT | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Poumon (VC, FEV1) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Est-ce qu'il y avait des raisons pour l'arrêt du traitement avec Spinraza selon la limitation stipulée par le BAG

Oui Non

Le médecin traitant demande de poursuivre la thérapie avec Spinraza pour **une autre année**

Remarques/informations complémentaires:

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: