

Spinraza® (Nusinersen)

Demande de prise en charge des coûts, prolongation

Limitatio: voir [LS](#)

Limitatio (là durée déterminée jusqu'au 30.06.2029): voir [Liste des Spécialités](#)

Code d'indication: **20697.01**

Données du patient:

Nom:

Prénom:

né(e) le:

Sexe:

☐ ♀ ☐ ♂

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

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.

Début du traitement avec Spinraza:

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

	Avant-dernier examen:	Dernier examen :	commentaire:
☐ CHOP-INTEND			
☐ HFMS			
☐ HFMSE			
☐ RULM			
☐ 6MWT			
☐ Poumon (VC, FEV1)			

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: