

Spinraza® (Nusinersen)

Demande de prise en charge des coûts, traitement initial

Limitatio (extrait): SPINRAZA ne peut être prescrit et administré que par un spécialiste en neurologie ou en neuropédiatrie dans des centres hospitaliers spécialisés dans les maladies neuromusculaires et appartenant au réseau Myosuisse (<http://www.fsrm.ch/fr/projets/le-reseau-myosuisse>). Il est essentiel que le personnel médical traitant le patient possède de l'expérience dans le diagnostic et le traitement des patients atteints d'amyotrophie spinale et dans l'exécution d'administrations intrathécales par ponction lombaire.

Données du patient:

Nom: Prénom: né(e) le:
Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:
NPA: Lieu:

Succursale AI:

Adresse de la succursale (relatif SMR): Numéro AVS:
Complément d'adresse:
NPA: Lieu:

ou, si la demande est soumise à l'assureur-maladie:

Assurance-maladie:

Adresse Assurance (Service du MC ou MC): Numéro de l'assuré(e):
Complément d'adresse:
NPA: Lieu:

Données médicales (destinées au SMR ou au médecin-conseil):

On se trouve en présence d'une amyotrophie spinale (SMA) 5q. Type AMS du patient Type I
 Type II
 Type III

Médicament sollicité: Spinraza sol inj 12 mg/5ml
Posologie: Administration intrathécale de 12mg/5ml tous les 4 mois comme dose d'entretien

Nombre de copies du gène SMN2:

Nom du centre:

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: