

Spinraza® (Nusinersen)

Demande de prise en charge des coûts, traitement initial

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)

☐

On se trouve en présence d'une amyotrophie spinale (AMS) 5q.

Type AMS du patient

☐

Type I

☐

Type II

☐

Type III

Nombre de copies du gène SMN2 :

Pour le traitement avec Spinraza (LS, 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.*

Centre hospitalier:

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: