

Symdeko® (Tezacaftor und Ivacaftor)

à l'attention du médecin-conseil

Limitatio: voir [LS](#)

Données du patient:

Nom: Prénom: Né(e) le:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance:: N° d'assurance.:

Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

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

Le patient susmentionné présente une mucoviscidose. La présence d'une des mutations suivantes du gène *CFTR* a été confirmée.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> <i>F508del/F508del</i> | <input type="radio"/> <i>F508del/A455E</i> | <input type="radio"/> <i>F508del/D1152H</i> |
| <input type="radio"/> <i>F508del/D579G</i> | <input type="radio"/> <i>F508del/L206W</i> | <input type="radio"/> <i>F508del/P67L</i> |
| <input type="radio"/> <i>F508del/R1070W</i> | <input type="radio"/> <i>F508del/R117C</i> | <input type="radio"/> <i>F508del/R352Q</i> |
| <input type="radio"/> <i>F508del/S945L</i> | <input type="radio"/> <i>F508del/S977F</i> | <input type="radio"/> <i>F508del/2789+5G->A</i> |
| <input type="radio"/> <i>F508del/3272-26A->G</i> | <input type="radio"/> <i>F508del/3849+10kbC->T</i> | <input type="radio"/> <i>F508del/711+3A->G</i> |

État de santé actuel (au moins 1 critère doit s'appliquer):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> VEMS < 90% avant le début du traitement | <input type="checkbox"/> plusieurs exacerbations pulmonaires par an |
| <input type="checkbox"/> administration régulière d'antibiotiques | <input type="checkbox"/> lésions pulmonaires prouvées par procédé d'imagerie (CT ou IRM) avant le début du traitement |

Confirmation:

- conseil diététique avant le début du traitement et une physiothérapie respiratoire et une thérapie par inhalation existantes et à poursuivre
- Documentation de l'évolution du traitement dans le registre européen de mucoviscidose

Au début de la thérapie avec Symdeko:

- La thérapie commence (MM/AAAA):
- La thérapie est en cours depuis (MM/AAAA):

Commentaires, informations supplémentaires:

Médecin requérant:

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:

Date: