

Synagis® (Palivizumab)

Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil

Limitatio: Enfants jusqu'à l'âge d'un an souffrant de dysplasie broncho-pulmonaire préexistante ayant déjà été traitée.

Prématurés ayant six mois au maximum au début de la saison du virus RS (Respiratory Syncytial Virus).

Enfants jusqu'à l'âge de 2 ans souffrant d'une cardiopathie congénitale hémodynamiquement importante. Prescription uniquement par le cardiologue pédiatre.

Remboursement uniquement en cas d'accord préalable particulier de prise en charge par l'assureur avec autorisation explicite du médecin conseil.

Informations patient(e):

Nom:

Prénom:

né(e) le (JJ/MM/AAAA)

Taille (cm)

Poids (g):

Rue:

NPA:

Lieu:

Assurance:

N° d'assurance.:

Adresse Assureur (service de médecin-conseil ou MC):

N° de Fax:

I. Indication (prescription respectant la limitation):

- Prématuré âgé de moins de 6 mois au début de l'épidémie saisonnière de VRS
- Enfant de moins de 1 an souffrant de dysplasie broncho-pulmonaire (DBP) préexistante ayant déjà été traitée
- Enfant de moins de 2 ans atteint d'une cardiopathie congénitale importante sur le plan hémodynamique

Remarques:

II. Début du traitement par Synagis® (mois/année)

III. Médecin traitant:

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date:.....

Timbre et signature:.....