

Takhzyro™ (Lanadelumab)

Demande de prise en charge des coûts à l'att. de médecin-conseil

Limitatio (extrait):

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2027

En monothérapie pour la prophylaxie à long terme des crises d'angioedème héréditaire (AOH) de type I ou de type II chez les patients âgés de 12 ans et plus qui présentent une évolution sévère avérée ET ≥ 2 crises par mois sur une période de 12 mois malgré un traitement à la demande.

Données du (de la) patient(e):

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

- La patiente / le patient souffre d'un angioedème héréditaire (AOH) de Typ I Typ II
- Évolution sévère avérée (≥ 2 crises par mois sur une période de 12 mois malgré un traitement à la demande)
- Traitement à la demande précédent

Remarques/Compléments:

L'initiation et la surveillance se font par le centre suivant:

Médecin requérant

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

Date:

(Voir aussi [LS](#))