

# Tenkasi® (Oritavancin)

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

### Utilisation du médicament en dehors de la liste des spécialités

Une garantie de prise en charge des coûts est demandée pour

Ostéomyélite     Infection de prothèse articulaire     Endocardite     Bactériémie

Autre, à savoir:

### Données du patient:/e

Nom:

Prénom:

né(e) le

Sexe :

♀     ♂

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

### Assurance-maladie:

Numéro d'assuré:

Adresse Assurance (Service du MC ou MC):

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Pour les indications susmentionnées, merci de compléter les informations suivantes: évolution jusqu'à présent, traitement initial et état actuel ainsi que les résultats microbiologiques:

Justification, y compris références bibliographiques, pour le traitement par Tenkasi®, dans cette indication en dehors de la liste des spécialités:

Schéma d'administration prévu:

### Médecin formulant la demande:

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date: