

Tezpire® (Tezepelumab)

Demande de garantie de paiement des coûts pour la poursuite de la thérapie

Limitatio:

Le traitement exige une garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Comme thérapie supplémentaire avec une dose de 210 mg toutes les 4 semaines chez les adultes souffrant d'asthme sévère de type 2 caractérisé par les critères suivants:

- Au moins 4 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 mois précédents malgré un traitement de palier GINA 4 aux doses maximales (corticostéroïdes inhalés à haute dose en association avec un traitement de fond complémentaire), ayant exigé un traitement intermittent par des corticostéroïdes systémiques ET
- un taux sanguin d'éosinophiles ≥ 0.3 G/L OU
- un taux sanguin d'éosinophiles ≥ 0.15 G/L et une valeur de FeNO ≥ 50 ppb.

Des corticostéroïdes systémiques ne sont pas utilisés comme traitement permanent pour la stabilisation de l'asthme.

Une évaluation du succès thérapeutique par un médecin spécialiste en pneumologie, allergologie ou immunologie doit être faite au plus tard après 24 semaines et annuellement par la suite. La poursuite du traitement après cette évaluation exige une nouvelle garantie de prise en charge des frais sous couvert de confirmation du succès thérapeutique. Un succès thérapeutique est caractérisé par une réduction d'au moins 50 % des exacerbations par rapport au début du traitement, puis maintien ou réduction du taux d'exacerbations atteint.

Ne pas utiliser en association avec d'autres anticorps monoclonaux pour le traitement de l'asthme sévère.

Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par Tezepelumab dans l'indication de l'asthme ne peuvent être effectués que par un spécialiste en pneumologie, en allergologie et en immunologie clinique.

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom: Prénom: né(e) le:
sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:
NPA: Lieu:

Assurance: N° de l'assuré(e):
Adresse Assurance (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:
NPA: Lieu:

Données médicales (exclusivement destinées au médecin-conseil):

Confirmation de la réussite de la thérapie: après 6 administrations (6 mois) tous les ans

Réduction des exacerbations cliniquement significatives de $\geq 50\%$ par rapport au début du traitement et, par la suite, d'un type d'exacerbation maximal constant (selon limitation: réduction de $\geq 50\%$)

s'applique ne s'applique pas

Au cours des 24 dernières semaines depuis le début de la thérapie: Exacerbations

Au cours des 12 dernières mois depuis le début de la thérapie: Exacerbations

Remarques, compléments d'information:

Médecin-traitant:

Médecin spécialiste:

Allergologie et immunologie clinique

Pneumologie

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

E-Mail:

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

Département:

Date:

Limitatio: voir aussi ([LS](#)).