CNS
d'Gesondheetskeess

Demande de prise en charge du médicament EVRYSDI

Matricule du patient	__ __ __ __ / __ __ / __ __ / __ __ __ __ __
Nom et prénom	
Nom du médecin prescripteur	
Code médecin	__ __ __ __ __ __ __ __

DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

☐ Demande initiale (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)

Je soussigné(e), docteur en médecine, ayant l'expérience de la prise en charge des patients atteints d'amyotrophie spinale (SMA) 5q, certifie que l'assuré(e) nommé(e) ci-dessus répond à un des critères pour le traitement par EVRYSDI : (prière de cocher le critère correspondant)

- ☐ patient âgé de 2 mois ou plus avec un diagnostic clinique de SMA de type 1
- ☐ patient âgé de 2 mois ou plus avec un diagnostic clinique de SMA de type 2
- ☐ patient âgé de 2 mois ou plus avec un diagnostic clinique de SMA de type 3

☐ Demande de prolongation (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)

Je soussigné(e), médecin responsable du traitement, certifie que l'assuré(e) répond favorablement au traitement par EVRYSDI et que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois.

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport** du Département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive de la CNS,
Fax : (+352) 40 78 50 – 4, rue Mercier – L-2980 Luxembourg – pharma.cns@secu.lu

Cachet, signature et date