

Demande de prise en charge du médicament AMVUTTRA

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 de l'amylose héréditaire à transthyréline (amylose hATTR) chez les patients adultes atteints de polyneuropathie, certifie que l'assuré(e) nommé(e) ci-dessus répond à un des critères pour le traitement par AMVUTTRA : (prière de cocher le critère correspondant)

patient présentant une mutation de la transthyréline amyloïdogène confirmée par un test ADN,

ET

atteint de polyneuropathie de stade 1 selon Coutinho,

OU

atteint de polyneuropathie de stade 2 selon Coutinho,

ET

patient ne recevant aucun autre traitement concomitant avec un médicament inclus dans le code ATC N07XX12 (patirsiran) ou N07XX08 (tafamidis) ou N07XX15 (inotersen)

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 AMVUTTRA et que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois étant donné que l'assuré(e) nommé(e) ci-dessus répond à un des critères suivants : (prière de cocher le critère correspondant)

atteint de polyneuropathie de stade 1 selon Coutinho,

OU

atteint de polyneuropathie de stade 2 selon Coutinho,

ET

patient ne recevant aucun autre traitement concomitant avec un médicament inclus dans le code ATC N07XX12 (patirsiran) ou N07XX08 (tafamidis) ou N07XX15 (inotersen)

Le traitement doit être arrêté lorsqu'une progression vers une polyneuropathie de stade 3 selon Coutinho est constatée.

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport** du Département Médicaments, dispositifs 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