

Demande de prise en charge du médicament EVRYSDI

Matricule du patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom	<input type="text"/>			
Nom du médecin prescripteur	<input type="text"/>			
Code médecin	<input type="text"/>	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 avec un diagnostic clinique de SMA de type 1
- patient avec un diagnostic clinique de SMA de type 2
- patient 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	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------