

Demande de prise en charge du médicament TAKHZYRO

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 de patients atteints d'angio-œdème héréditaire, certifie que l'assuré(e) nommé(e) ci-dessus est âgé(e) de 12 ans au moins et remplit les critères statutaires de prise en charge du TAKHZYRO :

1. Le TAKHZYRO n'est utilisé qu'après l'échec thérapeutique d'un traitement médicamenteux de première ligne correctement mené inclus dans le code ATC B06AC01 (inhibiteur de la C1 estérase).
2. Le(s) traitement(s) antérieur(s) suivant(s), inclus dans le code ATC B06AC01, n'a (ont) pas permis de traiter ou de prévenir efficacement et durablement les crises d'angio-œdème de l'assuré(e):

.....
.....

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 TAKHZYRO 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"/>
---------------------------	----------------------