

HyQvia®(Immunoglobulinum humanum normale)

Demande de prise en charge des coûts à l'attention du médecin-conseil

Demande de prise en charge des coûts pour HyQvia®(Immunoglobulin humanum normale).

Concernant la demande de prise en charge: Nous demandons la prise en charge de HyQvia®, y compris les articles de la liste des moyens et appareils (MiGeL) 03. Aides d'application : Pompe à perfusion portable (03.06.01.00.1) pour la thérapie d'immunoglobulines sous-cutanées à domicile, set de perfusion et réservoir.

Limitation: Pour le traitement des syndromes provoqués par l'absence d'anticorps. Prise en charge si la caisse a donné une garantie spéciale.

Informations personnelles du patient/de la patiente:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Sexe:

☐ ♀ ☐ ♂

Rue:

Complément d'adresse:

CP:

Lieu:

Assurance maladie:

Numéro d'assuré:

Adresse Assurance (Service du MC ou MC):

Complément d'adresse:

CP:

Lieu:

Données médicales:

☐

La patiente / Le patient souffrait d'un syndrome de déficit en anticorps. Nous demandons la prise en charge des coûts pour une thérapie à long terme avec HyQvia®.

Il s'agit d'un:

☐

Déficit immunitaire primitif avec altération de la production d'anticorps

☐

Déficit immunitaire secondaire (DIS) chez les patients souffrant d'infections sévères ou récurrentes, ou sous traitement antimicrobien inefficace, et présentant soit un déficit avéré des anticorps spécifiques (DAAS, proven specific antibody failure)*, soit un taux d'IgG sérique de < 4 g/l.

Dosage:

Poids (kg):

Dosage en g par kg de poids corporel:

Intervalle: 1x toutes les

Semaines

Autre, à savoir:

Remarques/Compléments:

Médecin formulant la demande:

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

CP:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date: