

MAVENCLAD® (CLADRIBINE)

MEDICAMENT CONTRE LA SCLEROSE EN PLAQUES

DEMANDE DE GARANTIE
DE PRISE EN CHARGE

1. INFORMATIONS CONCERNANT LE TRAITEMENT PAR MAVENCLAD®

- Traitement par voie orale adapté au poids.
- Dose cumulée recommandée: 3,5 mg/kg de poids corporel sur 2 ans, administrée en un cycle de traitement de 1,75 mg/kg par an.
- Aucun traitement supplémentaire par MAVENCLAD® nécessaire au cours des années 3 et 4.

2. INDICATION POUR MAVENCLAD®

MAVENCLAD® est indiqué chez les adultes dans le traitement des formes **très actives** de sclérose en plaques (SEP) récurrente-rémittente, **définies par des paramètres cliniques ou l'imagerie**, pour les groupes de patients suivants:

PATIENTS AVEC TRAITEMENT ANTÉRIEUR: patients présentant une forme agressive de la maladie malgré un traitement complet et bien conduit par au moins un traitement de fond (de moins 6 mois)

Traitement actuel:

Durée du traitement actuel:

Si moins de 6 mois, veuillez donner les raisons:

Commentaires:

PATIENTS SANS TRAITEMENT ANTÉRIEUR: patients présentant une sclérose en plaques rémittente-récurrente sévère d'évolution rapide

2 ou plusieurs poussées à caractère invalidant au cours d'une année
et 1 ou plusieurs lésions rehaussées par le gadolinium à l'examen IRM cérébral

ou

2 ou plusieurs poussées à caractère invalidant au cours d'une année
et une augmentation significative des lésions T2 par rapport à un examen IRM pratiqué récemment

Nombre de poussées au cours des 12 derniers mois:

Nombre de poussées au cours des 12 derniers mois:

Nombre de lésions réhaussées par le gadolinium:

Date IRM 1:

Date IRM 2:

Date IRM:

Nombre de lésions T2:

Nombre de lésions T2:

Commentaires:

Commentaires:

3. DONNÉES PERSONNELLES DU PATIENT/DE LA PATIENTE

Nom:	Prénom:
Date de naissance:	masculin féminin
Poids:	Téléphone:
Adresse:	
NPA/Localité:	
Caisse maladie:	N° d'assuré:

4. MÉDECIN RÉFÉRENT (NEUROLOGUE)

Nom:	Prénom:
Adresse:	
NPA/Localité:	Titre FMH:
Téléphone:	Fax:
Si hôpital, nom:	N° RCC:

Date, signature: