

**Pour le demande de remboursement:** demandée est Cuvitru® y compris MiGel 03, **aide d'application:** pompe à perfusion pour administration sous-cutanée d'immunoglobuline à domicile (03.06.01.00.1), set de perfusion avec aiguille (03.07.15.05.1) et réservoir de pompe à perfusion (03.06.10.05.1)

**Limitatio:** 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:

Né(e) le:

Sexe:

☐ ♀☐ ♂

Rue:

Complément d'adresse:

CP:

Lieu:

**Assurance:**

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 Cuvitru®.

Il s'agit d'un:

☐

Déficit immunitaires primitifs avec production défailante d'anticorps

☐

Déficit immunitaires secondaires (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 grammes par kg de poids corporel):

Intervalle:

☐

tous les

jours

☐

toutes les

semaines

☐

autre, à savoir:

Durée prévue jusqu'à l'évaluation de la réponse (en semaines):

Remarques:

**Médecin requérant:**

Nom:

Prénom:

Adresse:

Complément d'adresse:

CP:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date: