

Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC/GLN:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (étiquette du patient)	
Langue du patient: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I	
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

<input type="checkbox"/> Benlysta ® sol inj 200 mg/ml auto-injecteur (1 pce)	_____	Nombre emballages
<input type="checkbox"/> Benlysta ® sol inj 200 mg/ml auto-injecteur (4 pce)	_____	Nombre emballages
<input type="checkbox"/> Benlysta ® substance sèche 120 mg (1 pce)	_____	Nombre emballages
<input type="checkbox"/> Benlysta ® substance sèche 400 mg (1 pce)	_____	Nombre emballages

Posologie _____

Validité de l'ordonnance: Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable ____ mois
 Renouvelable ____ fois

Garantie de prise en charge: Déjà demandée (merci de nous envoyer une copie)
 À demander par MediService. MediService s'occupe d'envoyer la demande de prise en charge auprès des caisses maladies.
 1ère demande: Veuillez s.v.p. remplir le formulaire 1 et nous l'envoyer
 Suite de traitement: Veuillez s.v.p. remplir le formulaire 2 et nous l'envoyer

Accompagnement thérapeutique: Le médecin souhaite l'instruction de l'auto-injecteur par MediService Home Care

Adresse de livraison Adresse du patient ci-dessus Adresse du médecin ci-dessus
 Adresse de livraison (CH) ci-contre Pharmacie d'hôpital ci-contre

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

<p>Important: Le docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / le patient a consenti à la transmission de sa prescription, à l'encadrement Home Care ainsi qu'à la remise de cette dernière par MediService. Le docteur / la doctoresse confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom de la patiente / du patient) peuvent être transmises au titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) à des fins statistiques et en cas d'événements indésirables.</p> <p>Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p>	<p>Signature du médecin</p>
	Date, Timbre / Signature

Garantie préalable de prise en charge des coûts de Benlysta

MediService se chargera volontiers de l'introduction de la demande de crédit de frais au nom de GSK.

Si vous êtes intéressé par ce service, veuillez contacter MediService par téléphone au 032 686 20 20 ou envoyer le formulaire de crédit de coût en langue complété à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.

Indications/Possibilités d'emploi (Information professionnelle, www.swissmedicinfo.ch)

Benlysta est indiqué

- pour la réduction de l'activité de la maladie chez les patients à partir de 5 ans (solution de perfusion) et à partir de 18 ans (injection sous-cutanée) atteints de lupus érythémateux disséminé (LED) actif avec présence d'auto-anticorps sous traitement de base.
- pour le traitement de néphrite lupique (NL) chez les adultes sous traitement de standard.

Benlysta n'a pas été étudié lors de lupus sévère et actif du système nerveux central.

Limitation – Liste des spécialités (LS), mise à jour 1.10.2021:

- La prescription initiale est réservée aux spécialistes en immunologie clinique ou en rhumatologie.
- Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur maladie après consultation du médecin conseil.
- Pour le traitement des patients adultes présentant un lupus érythémateux systémique (LED) sérologiquement actif (titre d'AAN >1:80 et/ou détection d'anticorps anti-ADNdb >30 UI/ml), avec activité élevée de la maladie (par exemple détection d'anticorps anti-ADNdb ≥30 IU/ml et faible taux de complément [C3 <90 mg/dl, C4 <16 mg/dl]) malgré le traitement de base (par exemple prednisone, agents antipaludiques, agents immunosuppresseurs).
- L'efficacité/utilité du traitement par Benlysta doit être réévaluée au plus tard au bout de 6 mois par le médecin traitant actuel, à l'intention du médecin conseil.

Note de GSK:

La prescription initiale par les médecins, en dehors des spécialités de l'immunologie clinique et de la rhumatologie et le traitement des patients atteints de néphrite lupique (NL) qui ne répondent pas aux critères de Limitatio, ainsi que les enfants et adolescents de moins de 18 ans, ne sont pas inclus dans la liste des spécialités. Dans ces cas, nous vous recommandons d'obtenir une garantie préalable de prise en charge des frais conformément à l'OAMal, Art. 71b.

Patient/e

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Sexe: mâle féminin

Langue: Allemand Français Italien

Adresse:

NPA:

Ville:

Assureur maladie:

N° d'assuré:

Données médicales (exclusivement à l'intention du médecin-conseil compétent):

Diagnostic:

Traitements jusqu'à présent: Antipaludiques Prednisone Immunosuppresseurs

Autre traitement:

Le patient/la patiente
présente une activité
élevée de la maladie,
par:

Traitement de base actuel:

Évolution jusqu'à présent /
raison du traitement
par Benlysta

Médecin soumettant la demande:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Adresse supplémentaire:

NPA:

Ville:

Tél.:

E-mail:

à l'hôpital, nom de l'hôpital:

Clinique ou département:

Date:

Garantie préalable de prise en charge des coûts de Benlysta (poursuite du traitement)

MediService se chargera volontiers de l'introduction de la demande de crédit de frais au nom de GSK.

Si vous êtes intéressé par ce service, veuillez contacter MediService par téléphone au 032 686 20 20 ou envoyer le formulaire de crédit de coût en langue complété à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.

Indications/Possibilités d'emploi (Information professionnelle, www.swissmedicinfo.ch)

Benlysta est indiqué

- pour la réduction de l'activité de la maladie chez les patients à partir de 5 ans (solution de perfusion) et à partir de 18 ans (injection sous-cutanée) atteints de lupus érythémateux disséminé (LED) actif avec présence d'auto-anticorps sous traitement de base.
- pour le traitement de néphrite lupique (NL) chez les adultes sous traitement de standard.

Benlysta n'a pas été étudié lors de lupus sévère et actif du système nerveux central.

Limitation – Liste des spécialités (LS), mise à jour 1.10.2021:

- La prescription initiale est réservée aux spécialistes en immunologie clinique ou en rhumatologie.
- Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur maladie après consultation du médecin conseil.
- Pour le traitement des patients adultes présentant un lupus érythémateux systémique (LED) sérologiquement actif (titre d'AAN >1:80 et/ou détection d'anticorps anti-ADNdb >30 UI/ml), avec activité élevée de la maladie (par exemple détection d'anticorps anti-ADNdb ≥30 IU/ml et faible taux de complément [C3 <90 mg/dl, C4 <16 mg/dl]) malgré le traitement de base (par exemple prednisone, agents antipaludiques, agents immunosuppresseurs).
- L'efficacité/utilité du traitement par Benlysta doit être réévaluée au plus tard au bout de 6 mois par le médecin traitant actuel, à l'intention du médecin conseil.

Note de GSK:

La prescription initiale par les médecins, en dehors des spécialités de l'immunologie clinique et de la rhumatologie et le traitement des patients atteints de néphrite lupique (NL) qui ne répondent pas aux critères de Limitatio, ainsi que les enfants et adolescents de moins de 18 ans, ne sont pas inclus dans la liste des spécialités. Dans ces cas, nous vous recommandons d'obtenir une garantie préalable de prise en charge des frais conformément à l'OAMal, Art. 71b.

Patient/e

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Sexe: mâle féminin

Langue: Allemand Français Italien

Adresse:

NPA:

Ville:

Assureur maladie:

N° d'assuré:

Données médicales (exclusivement à l'intention du médecin-conseil compétent)

Commencez la thérapie Benlysta:
(JJ.) (MM.) (AAAA)

Traitements actuels: Benlysta Antipaludiques Prednisone Immunosuppresseurs

Confirmation du succès de la thérapie sous Benlysta Oui Non

Justification de la poursuite de la thérapie avec le Benlysta:

Médecin soumettant la demande:

Nom:	Prénom:
Adresse:	Adresse supplémentaire:
NPA:	Ville:
Tél.:	E-mail:
à l'hôpital, nom de l'hôpital:	Clinique ou département:
Date:	