

Hizentra®:

Demande de garantie de prise en charge d'un traitement par IgG sous-cutanée

Seuls les formulaires intégralement et lisiblement remplis et signés pourront être pris en compte.

Médecin prescripteur/prescriptrice

Hôpital _____ Numéro RCC _____

Titre, nom, prénom _____

Titre FMH _____

Adresse _____ NPA, localité _____

Tél. (y compris indicatif) _____ E-mail _____

Date _____ Signature _____



Patient/e

Titre, nom, prénom _____

Date de naissance (JJ.MM.AAAA) _____ Sexe (m/f) _____ Langue maternelle _____

Adresse _____ NPA, localité _____

Canton _____ Tél. (y compris indicatif) _____

Assurance maladie _____ Numéro d'assurance _____

Indication

- Déficit immunitaire primaire
- Déficit immunitaire secondaire*
- Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique**

Autre: _____

Remarques/Compléments

Posologie Hizentra®

Posologie

Début du traitement prévu

Date

* Déficits immunitaires secondaires (DIS) chez les patients souffrant d'infections sévères ou à répétition, réfractaires au traitement antimicrobien et présentant soit une incapacité démontrée à produire suffisamment d'anticorps anti-vaccin spécifiques (PSAF) soit un taux sérique d'IgG < 4 g/l. PSAF = proven specific antibody failure.

** En traitement d'entretien après la stabilisation par des immunoglobulines intraveineuses.

Hizentra® (immunoglobuline humaine normale pour utilisation sous-cutanée [IgSC]),
Liste B; vous trouverez des informations plus complètes dans l'information professionnelle sur
www.swissmedicinfo.ch