

**Trikafta® (elexacaftor, tezacaftor, ivacaftor)**

Demande de prise en charge à l'att. du médecin-conseil

Limitatio: voir liste des spécialités

Extension du traitement après 6 et 12 mois

**Données du patient / de la patiente:**

Nom:

Prénom:

né(e) le:

Sexe:

 ♀ ♂

Taille (cm):

Poids (kg):

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

**Assurance:**

Numéro d'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC):

Complément d'adresse 1:

Complément d'adresse 2:

NPA:

Lieu:

**Données médicales (à l'attention exclusivement du médecin-conseil):**La patiente/le patient susmentionné(e) présente une mucoviscidose. La présence d'au moins une mutation *F508del* du gène *CFTR* a été confirmée**Confirmation:**

Le diagnostic, la prescription initiale et la surveillance du traitement ont été/sont effectués par un centre disposant de l'expérience dans le traitement de la mucoviscidose (voir limitatio):

Nom:

Lieu:

Conseil diététique avant le début du traitement et une physiothérapie respiratoire et une thérapie par inhalation existantes et à poursuivre

Documentation de l'évolution du traitement dans le registre européen de mucoviscidose

Le traitement est en cours depuis (MM/AAAA):

**Justification pour l'extension du traitement après 6 et 12 mois:**

absence de détérioration persistante de la fonction pulmonaire par rapport à la valeur initiale

ou

réduction du nombre d'exacerbations pulmonaires cliniquement pertinentes (avec hospitalisation, traitement antibiotique i.v.)

**Cours à ce jour et état actuel:**

Un extrait du registre est joint. Dans le cas contraire, les informations suivantes doivent être fournies:

VEMS avant le début du traitement:

%

VEMS actuel:

%

Test à la sueur avant le début du traitement:

mmol/L

après 3 mois:

mmol/L

nombre d'exacerbations pulmonaires (avec hospitalisation, traitement antibiotique i.v.):

dans les 2 ans précédant le traitemnt:

après 6 mois:

après 12 mois:

Durée de toutes les exacerbations pulmonaires dans les dernies

 6 mois 12 mois

jours

Nombre de jours d'hospitalisation dans les derniers

 6 mois 12 mois:

jours

Traitement antibiotique en cas d'exacerbations pulmonaires (principe actif):

durée et voie d'administration de l'antibiothérapie:

jours

voie orale       voie intraveineuse       inhalation

hospitalisation       traitement ambulatoire

En cas d'interruption du traitement de:  à:

motif de l'interruption:

Commentaires, informations supplémentaires:

**Médecin requérant**

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date:

Limitatio: voir aussi liste des spécialités ([lien](#))