

Alyftrek® (vanzacaftor/tezacaftor/deutivacaftor)

Limitatio : voir liste des spécialités (lien).

Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil
Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie : 21944.01

Données de la patiente / du patient

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rue :	Complément d'adresse :	Sexe :	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂	
NPA :	Lieu :	Grandeur (cm) :	Poids (kg) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Assurance

Assurance :	N° d'assuré :
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA :	Lieu :
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- La patiente/le patient a plus de 6 ans et présente une mucoviscidose. De même, une méthode de test validée a permis d'établir la présence d'au moins une mutation *F508del* du gène *CFTR* (*Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator*) ou d'une mutation du gène *CFTR* ayant montré une réponse selon les données cliniques et/ou *in vitro*.

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 :

Nom :	Lieu :
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Première demande

- Traitement préalable par un modulateur CFTR en dehors de la LS.

- Pas de traitement préalable par un modulateur CFTR ou pas de réponse documentée à un modulateur CFTR.

- La patiente/le patient a **<12 ans**.

- La patiente/le patient a **≥12 ans** et remplit les critères obligatoires suivants :

- Conseil diététique avant le début du traitement ET physiothérapie respiratoire et thérapie par inhalation existantes et à

- Et **au moins 1** des critères suivants rempli :

- VEMS <90 % avant le début du traitement
- Administration régulière d'antibiotiques
- Plusieurs exacerbations pulmonaires par an
- Lésions pulmonaires prouvées par procédé d'imagerie (CT ou IRM) avant le début du traitement

Poursuite du traitement

Traitement par modulateur CFTR des 6 derniers mois :

Modulateur CFTR depuis (MM/AAAA)

Modulateur CFTR depuis (MM/AAAA)

Au moins 1 des critères suivants rempli :

- Aucune diminution persistante de la fonction pulmonaire par rapport à la valeur initiale (VEMS (%) et/ou ICP_{2.5}) n'a été constatée au-delà de la perte de fonction pulmonaire attendue
- La mesure de la fonction pulmonaire n'est pas réalisable et :
 - Le taux de chlorure de sueur du patient reste inférieur à 60 mmol/l
 - Le taux de chlorure de sueur du patient reste réduit d'au moins 30 % (relativement) par rapport à la valeur de référence
- Réduction cliniquement significative du nombre des exacerbations pulmonaires (avec hospitalisation, traitement antibiotique i.v.) ou aucune nouvelle exacerbation pulmonaire cliniquement significative si absence de telles exacerbations avant le traitement par Alyftrek®.

Commentaires/informations supplémentaires

Médecin requérant

Nom : Prénom :

Rue : NPA : Lieu :

Tél. : Fax : E-mail :

Exerçant à l'hôpital (ajouter le nom de l'hôpital) : Département :

Date :